

# **MÓDULO INSTRUCCIONAL**

## **MEDICINA LEGAL Y FORENSE**

Consultor Internacional

**Dr. JOSÉ MARÍA MONTERO JUANES**

Médico Forense  
Director del Instituto de Medicina Legal  
Cáceres. España

Tegucigalpa, MDC., del 20 al 24 de febrero de 2006.

## INDICE

CRITERIOS MEDICOS SOBRE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA COMO BASE DEL JUICIO DE IMPUTABILIDAD.....	PAG. 4
CRITERIOS MÉDICOS PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD COMO ALTERNATIVAS A LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD.....	PAG. 10
TANATOLOGÍA FORENSE. LAS CAUSAS DE MUERTE VIOLENTA. ....	PAG. 17
EXAMEN DEL LUGAR DE LOS HECHOS: OBJETIVOS, FASES. LOS INDICIOS BIOLÓGICOS DEL DELITO: SU BUSQUEDA, RECOGIDA Y ENVÍO AL LABORATORIO, RECONSTRUCCIÓN DEL LUGAR DE LOS HECHOS.....	PAG. 20
AUTOPSIA JUDICIAL Y AUTOPSIA CLÍNICA. LEGISLACIÓN SOBRE AUTOPSIAS JUDICIALES Y AUTOPSIAS CLÍNICAS EN ESPAÑA Y EN HONDURAS. CONDICIONES REQUERIDAS PARA LA INVESTIGACION NECROPSICA. MEDIDAS HIGIENI CO-SANITARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CONTAGIOS. DESCRIPCIÓN DE LOS MEDIOS INSTRUMENTALES NECESARIOS. EL DICTAMEN DE LA AUTOPSIA JUDICIAL.....	PAG. 30
FASES DE LA AUTOPSIA. EL EXAMEN EXTERNO DEL CADAVER. TÉCNICAS DE APERTURA CADAVERICA. FUNDAMENTOS. LOS TIPOS DE AUTOPSIA A TRAVÉS DE LOS TIEMPOS. DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS DE MATAY VIRCHOW.....	PAG. 40
TOXICOMANIAS. TIPOS DE DROGAS. LA ADICCIÓN Y SUS TRASTORNOS.....	PAG. 53
INTOXICACIONES ORIGINADAS POR EL ALCOHOL ETILICO. ETIOLOGIA, CON ESPECIAL REFERENCIA A SU RELACION CON LOS ACCIDENTES DE TRAFICO Y A LA COMISIÓN DE OTROS DELITOS.METABOLISMO, MECANISMO DE ACCION Y TOXICIDAD, DIAGNOSTICO.....	PAG. 61

MEDICINA LEGAL SEXOLÓGICA. ESTUDIO DE LAS PARAFILIAS. VIOLACIÓN Y ABUSOS. AGRESIO NES SEXUALES.....	PAG. 94
LESIONES. SU TIPOLOGÍA Y ETIOLOGÍA. DURACIÓN DE LAS LESIONES Y SANACIÓN DEFINITIVA.....	PAG. 119
MALTRATOS. DIAGNOSTICO MEDICO. MALTRATO INFANTIL, MALTRATO DE MUJERES Y DE ANCIANOS. SUS DIFERENCIAS.....	PAG. 140
EL INFORME PERICIAL. SU ELABORACIÓN. RENDICIÓN DEL PERITAJE. EL INTERROGATORIO DEL PERITO EN EL JUICIO ORAL.....	PAG. 153

## **CRITERIOS MEDICOS SOBRE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA COMO BASE DEL JUICIO DE IMPUTABILIDAD.**

Con carácter previo a introducirnos en el concepto de imputabilidad es necesario resaltar que se trata de un concepto puramente jurídico, con bases psicológicas. Es tradicional la creación por parte del legislador de determinados conceptos de tremenda influencia en el ejercicio profesional de médicos y profesionales del derecho que obligan a un desarrollo de estos y que complican enormemente la interrelación entre estos profesionales.

Si partimos de la base de que los términos enajenado y Trastorno Mental transitorio, por ejemplo, no se contempla en ninguna de las modernas clasificaciones psiquiátricas existentes, como el DSM IV o la CIE 10 o que otros conceptos que hoy no son de nuestro interés, no existen como tal en la medicina, entenderemos la complejidad que ello supone cara a la utilización de un lenguaje común entre profesionales que están implicados en la resolución de las causas judiciales.

Por otra parte también es necesario señalar que entre los juristas, persiste un lenguaje médico ya desfasado, que no se corresponde con lo que hoy en el ámbito de la psiquiatría en general y la psiquiatría forense en particular es utilizado como normal desde hace algunos años. Por ello creo imprescindible destacar hoy aquí, que las viejas y clásicas denominaciones utilizadas, como psicopatías, idiocia, imbecilidad, entre otras muchas, han dado paso a otras, mucho más precisas y que también tienen un contenido más social en cuanto a que son más respetuosas con el enfermo. Es por lo tanto necesario, que los juristas conozcan y utilicen los términos que desde hace algunos años ya son incluidos en los informes médicos psiquiátricos y que no son otros que los que vienen establecidos en el DSM IV y la CIE 10.

Pero lo que realmente tenemos que analizar hoy es el concepto de imputabilidad desde el punto de vista médico, señalando para ello el que el Prof. Gisbert establece en su tratado de Medicina Legal como "el conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellas".

Se refiere pues a un modo de ser del sujeto, a un concreto estado espiritual del mismo y a un conjunto de condiciones psíquicas presentes en el en el momento de la ejecución de un hecho antijurídico, que le capacitan para responder socialmente del mismo ante el poder social. Es importante señalar que no exige un estado de gran desarrollo psicológico, sino unas condiciones mínimas que son:

...Un estado de madurez mínimo, físico y psicológico.

...Plena conciencia de los hechos que realiza.

### ...Capacidad de voluntariedad y libertad.

En definitiva que en el momento de los hechos tenga la **inteligencia** mínima suficiente que le permita conocer la realidad del acto que va a realizar, así como sus consecuencias y que tenga la libertad de su **voluntad**, para que una vez conocido el hecho pueda decidir libremente si lo efectúa o no. Concluimos pues que las bases sobre las que se asienta la imputabilidad son la inteligencia y la voluntad, por lo cual, en el momento en que una perturbación de estas, las anule o limite estaremos ante una situación de inimputabilidad o restricción de la misma. Sin embargo también es imprescindible señalar que hay un tercer elemento fundamental para establecer la imputabilidad de un sujeto, cual es la **causalidad, ya que es necesario establecer una clara** relación entre la causa y el acto delictivo.

El Código Penal considera imputable a quien tiene capacidad de comprender lo ilícito del hecho o actuar conforme a esa comprensión, por lo tanto mantiene inteligencia y voluntad suficiente, como señalábamos anteriormente.

Pero lo que sí hacen Códigos Penales modernos es elegir el sistema Mixto o BIOPSIKOLOGICO para la formulación de la misma en el que es necesario tanto el diagnóstico de un padecimiento como sus consecuencias sobre las esferas psíquicas y por lo tanto sus efectos sobre el momento de la acción, eximiendo de responsabilidad al que a causa de una alteración psíquica, no pueda comprender la licitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión en el momento de la acción.

Existen otros modelos, como el psicológico puro, en el que se prescinde del diagnóstico de una enfermedad y en el que se atiende en exclusiva a la existencia de manifestaciones psicopatológicas en el momento de la acción sigue vigente, al ajustarse al mismo la figura del Trastorno Mental Transitorio.

La **intervención del medico forense** en un procedimiento judicial se va a centrar fundamentalmente en establecer la presencia de los cuatro criterios que sustentan el modelo MIXTO o psicobiológico, el que mejor se ajusta a la redacción del Código Penal. Estos criterios son:

...Criterio Cualitativo: En cuanto a la necesidad de que exista una alteración psíquica que repercuta en las esferas psíquicas y que se traduzca en una alteración de la comprensión y/o en su libre decisión. Por lo tanto, desde el punto de vista medico legal es imprescindible el puntualizar ambos momentos psicológicos, que son los que van a tener efectividad legal, ya que el mejor diagnóstico de una enfermedad no tiene sentido ni no se precisan las afectaciones que producen sobre las funciones psíquicas.

...Criterio Cuantitativo: Es necesario que exista alteración con repercusión sobre las funciones psíquicas, pero es imprescindible que esta tenga la intensidad

suficiente como para anular las capacidades de conocer y de querer o intensidad suficiente como para, sin anularla, limitarla.

...Criterio Cronológico: Cara a establecer la duración del trastorno y su permanencia del mismo en el momento de la acción. Esta circunstancia es lógicamente fundamental cara a establecer la diferencia con el Trastorno Mental Transitorio que se mantiene como un episodio breve en el tiempo y que con importante perturbación psíquica responde a noxas externas.

...Criterio de Causalidad: Es decir que exista una relación entre la alteración sufrida y el hecho delictivo, en el sentido de delimitar en que medida el resultado de la acción es consecuencia de la primera.

Ahora bien, una vez establecidos los criterios sobre los que se asienta el concepto de imputabilidad conviene hacer un análisis, de los distintos supuestos de raigambre médica incluidos como circunstancias eximentes de responsabilidad. El ARTICULADO del código señala como ya hemos dicho que el que al tiempo de cometer la infracción penal a causa de cualquier **alteración psíquica** no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, por lo tanto tenemos la existencia de esa alteración o anomalía psíquica como un proceso o estado que altera la libertad de decisión de una persona, concepto que se configura en sí mismo de acuerdo con las expresiones de trastornos mentales de las actuales clasificaciones psiquiátricas como el DSM IV y la CIE 10 y conforme al reiterado modelo biopsicológico de la imputabilidad. Anomalía o alteración, que según la literalidad del precepto, podrá ser cualquiera, de cualquier tipo, pero siempre, por supuesto que tenga la naturaleza y eficacia para afectar al sujeto en sus facultades de cognición y/o volición. Esta amplitud de la redacción del Código nos va a permitir incluir dentro de estos términos no solo lo que se consideraba, de acuerdo a un criterio estrictamente médico y también jurisprudencial, como enfermedad mental ( las psicosis tradicionales, estados involutivos, etc.); si no también otros trastornos en los que en principio no cabe invocar una etiología orgánica, como son los trastornos de personalidad (antiguas psicopatías) e incluso ciertas reacciones adaptativas, vivenciales. Queda así abierta una fórmula más abierta, mucho más ventajosa, que permite la posibilidad de incluir en ella aquellas situaciones del mundo psíquico y que condicionen un comportamiento delictivo de la persona, pero que conlleva un riesgo, cual es la posibilidad psicologizar las causas judiciales. Es por ello necesario delimitar conceptualmente los términos de anomalías y alteración para intentar comprender mejor la relevancia de los mismos.

El propio Carrasco en su obra Manual de Psiquiatría Legal y Forense, señala: Anomalía según el Diccionario de la Academia es la discrepancia de una regla, de la norma. Y anómalo se considera lo alejado de la norma, lo irregular, lo extraño. Anomalías son las variaciones del ser psíquico. Para Kurt Schneider existen, por una parte anomalías psíquicas, que constituyen variaciones anormales del ser psíquico, es decir rasgos aislados que no reúnen criterios plenos para ser considerados como trastornos de personalidad al no haber surgido ni malestar clínico significativo ni deterioro personal o social.

Luego están aquellas anomalías en las que si se dan estas circunstancias como malestar subjetivo, desadaptación social y familiar y que serán consideradas como Trastornos de personalidad (las antiguas psicopatías) y en las que el elemento considerador de restricción de responsabilidad será su repercusión sobre la capacidad de comprensión y de actuar conforme a esa comprensión.

Para por último encontrarnos con las anomalías psíquicas que son consecuencia de enfermedades y malformaciones, estas son las tradicionalmente consideradas como enfermedades mentales, las alteraciones o trastornos psíquicos como Retrasos Mentales (antiguas Oligofrénicas).

Por alteración y según el mismo autor ya señalado es la acción de alterarse, de trastornarse, es la modificación de un funcionamiento, es sinónimo de cambio, variación, conmoción y perturbación entre otros. Alteración psíquica es por lo tanto actividad psíquica anormal, presencia o aparición de síntomas, de fenómenos psicopatológicos o conductas anormales, bien aisladamente o formando parte con otros síntomas de un trastorno definido y que hoy son recogidos en esas clasificaciones psiquiátricas ya reiteradas, cuyo ejemplo pueden ser las antiguamente llamadas psicosis paranoica o esquizofrénica, hoy trastorno delirante y trastorno esquizofrénico. Es por lo tanto la pérdida de la quietud, del sosiego, del juicio, que puede ser transitoria o permanente y de mayor o menor intensidad, dibujándose varias situaciones que ya recoge una sentencia que dice, " La alteración mental se mueve alrededor de tres situaciones distintas:

- A.- La anulación absoluta de la voluntad y la inteligencia, que propiciaría la exención total.
- B.- La disminución sensible de esas facultades volitivas e intelectivas que en su caso originaría la eximente incompleta.
- C.- La leve alteración anímica, fundamentadora de la simple atenuante.

## **ALTERACIONES MENTALES**

Existen un buen numero de enfermedades mentales que van a producir limitaciones de las facultades de conocer y de querer. Es cierto que en su análisis necesitaríamos un curso entero académico, por ello, y en aras de una concreción de las mismas, las vamos a analizar en el cuadro que a continuación exponemos y que es fruto de la necesidad mostrada por el Ministerio Fiscal Español en Cáceres de tener a su disposición un elemento de apoyo para su manejo en los juicios y que contuviera las enfermedades más frecuentes con sus implicaciones en cuanto a afectación de estructuras psíquicas, su intensidad, su evolución, la criminalidad potencial que suponen y la imputabilidad. Lo exponemos por su interés:

ESFERA	ENFERMEDAD	C.CUALITATIVO	C.CUANTITATIVO	C.CRONOLÓGICO	CRIMINALIDAD	IMPUTABILIDAD
1 Personalidad	T. Personalidad	1.	leve	Permanente	ELEVADA	SI
2 Inteligencia	Retraso Mental	1.2.3	leve/medio/grave	Permanente	ACTIVO/PASIVO	SI
3 Percepción	Esquizofrenia	1.3.4.5.6.7	total	cronica/en fases	ELEVADÍSIMA	NO
4 Pensamiento	Paranoia	4.5.6.7	total	cronica/en fases	ELEVADÍSIMA	NO
5 Afectividad	T. Bipolar	5.6.7	total	cronica/en fases	ELEVADÍSIMA	NO
6 Conciencia	Demencia	1.2.3.4.5.6.7	leve/medio/grave	Progresiva	ESCASA	SI/
7 Voluntad	Ps. Toxicas	1.3.4.5.6.7	total	en fases	ELEVADA	NO

### RETRASO MENTAL

1º LEVE: CI DE 70-50

2º MEDIO: CI DE 50-30

3º PROFUNDO: CI DE < DE 30

### TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Se estudian en capítulos aparte por su extensión e importancia. Nos referimos lógicamente al consumo de alcohol y drogas tóxicas, estupefacientes y psicótropas.

### ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN.-

Las alteraciones de la percepción vienen determinadas en el C.P. y respondiendo claramente al criterio biopsicológico o Mixto, al que tantas veces nos hemos referido siendo considerados exentos de responsabilidad aquellos que por sufrir alteraciones de la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tengan alterada gravemente la conciencia de la realidad. Lógicamente se refiere a aquellas personas que por tener alteradas sus facultades de percibir, especialmente la vista y el oído, no han llegado a obtener el normal proceso de socialización y el resultado es una conexión con el medio distorsionada. Se aprecia en la redacción la necesidad clara de la existencia de un trastorno físico como es la

alteración de la percepción ( ceguera o sordomudez) y la existencia de una conciencia de la realidad alterada derivada de lo anterior siempre y cuando se haya producido en un momento inicial de la vida de una persona, impidiéndola su desarrollo normalizado, su instrucción, al ser estas funciones esenciales para la comunicación.

En estos casos la intervención del médico forense estará encaminada a informar sobre la realidad objetiva de la enfermedad, su data y a precisar en toda su extensión las funciones psíquicas alteradas y en que medida, mediante la realización de pruebas clínicas, psicométricas y de personalidad. No obstante, lo dicho, es preciso abrir este concepto a aquellas situaciones en las que sin existir esa alteración de la percepción las condiciones de **aislamiento e incomunicación** de una persona pueden producir los mismos efectos que la situación descrita.

### **MIEDO INSUPERABLE.-**

Situación recogida en el CP y en el que no nos vamos a detener por ser sobradamente conocido y en el que desde el punto de vista médico es importantísima la rápida actuación forense con el fin de estudiar al paciente y valorar la existencia de alteración de la conciencia y voluntad y la medida de su afectación, al objeto de expresar de una forma clara si "se ha nublado la inteligencia y dominado la voluntad" por ese terror fundado de un mal efectivo, grave e inminente, tal y como señalaba la clásica definición del miedo insuperable.

### **ARREBATO Y OBCECACIÓN.-**

Son situaciones de componente psicológico, emocional y que vienen recogidas en el CP. Se considera al arrebató como aquellos estados emocionales súbitos y de corta duración, que en el caso de ser de más lenta aparición y producir una ofuscación tenaz y persistente denominaríamos Obcecación. En estas situaciones debe de existir un estímulo externo de suficiente intensidad que desencadene un estado anímico fuera de lo normal y que origine una perturbación ostensible de la capacidad de determinación, ligado a la vida de relación del sujeto que lo padece y que presente relación directa entre ese estímulo y la situación generada tanto en las motivaciones como en el tiempo de aparición tras la aparición del elemento exógeno.

La intervención del Médico Forense debe de ser lo más precoz posible, ya que es fundamental delimitar la existencia de esa afectación, que desaparece con rapidez, y explicar a la autoridad judicial, cuales eran las funciones psíquicas afectadas y en que medida de intensidad lo estaban. Es por ello deseable, que por parte de los jueces se ponga a disposición del forense a una persona con sospecha de haber actuado movido por una situación emocional o vivencial anormal.

Por último y como resumen de todo lo dicho podemos aportar a modo de conclusiones las siguientes:

...1ª.- Que el Código Penal, con lógica ha producido una psicologización de las causas judiciales, al utilizar un concepto muy abierto, que otorga una gran responsabilidad a la valoración medica.

...2ª.- Que los informes forenses sobre imputabilidad no se deben de concretar en utilizar este termino, sino que el médico forense debe de emitir un diagnostico y establecer las consecuencias sobre las funciones psíquicas que esta anomalía o alteración ha generado, para por último ponerlo en relación con el hecho cometido. Es ya una realidad la no-utilización en los informes forenses del termino "Imputable, semiimputable, inimputable".

...3ª.- Es imprescindible una puesta al día por parte de los juristas en cuanto a la nomenclatura medica a utilizar, siendo las comprendidas en el DSM IV y el CIE 10 las que hoy son expresadas en los informes médicos por psiquiatras y forenses las mas adecuadas.

...4ª.- Es de vital importancia la no-dilación en el tiempo de los reconocimientos médicos, así como la toma de muestras, en casos de intoxicación para acercarnos mejor a la situación que mantenía el sujeto en el momento de los hechos. Es tradicional que ante un homicidio, el "mejor tiempo horario" se lo lleve el fallecido, en tanto que el presunto autor se encuentra en un centro de detención dejando evolucionar una embriaguez, una intoxicación, unos síntomas psíquicos fundamentales por lo cual habrá que racionalizar de una forma mas adecuada esos tiempos.

...5ª.- Es habitual recibir tras meses e incluso años solicitudes de informe sobre el estado de un sujeto en el momento de la acción, por lo que mi última conclusión no puede ser otra que a pesar de la preparación y medios que hoy en día tenemos los médicos forenses, no podemos con tanto tiempo pasado y sin apenas conocer al paciente establecer claramente y con la debida fiabilidad su situación mental. Reitero que debe ser un pensamiento inmediato de jueces y magistrados poner a nuestra disposición a los autores de un delito para su correcta valoración en tiempo y forma.

### **CRITERIOS MÉDICOS PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD COMO ALTERNATIVAS A LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD.**

El derecho penal moderno junto a la función represiva añade la función preventiva. La primera, se consigue mediante la imposición de la pena, la segunda, a través de la adopción de una medida de seguridad. Pena y medida de seguridad constituyen hoy en día las consecuencias del delito, pero sin embargo, el fundamento de una y otra no es el mismo. La pena tiene su razón de ser en la culpabilidad. La medida de seguridad en la peligrosidad criminal.

Esta doble reacción frente al delito es, como se sabe, el compromiso histórico que se alcanza por la doctrina, tras la lucha entre la "Escuela clásica y la escuela positiva". La primera, basaba la responsabilidad criminal en el libre albedrío y, por

tanto, la pena se funda en la culpabilidad del sujeto y tiene como finalidad la retribución del sujeto delincuente. La segunda, fundamenta la responsabilidad criminal en el determinismo, negando como consecuencia el libre albedrío. La peligrosidad del delincuente es lo que debe de tenerse en cuenta a la hora de tomar medidas, y estas no pueden ser las penas sino las medidas de seguridad. El compromiso doctrinal se consigue conjugando ambas doctrinas, lo que lleva a admitir que la respuesta del derecho penal al delito se produce de doble manera: con la pena, cuyo fundamento y limite se encuentra en la culpabilidad y la medida de seguridad, cuyo presupuesto esta constituido en exclusiva por la peligrosidad del delincuente. (Miguel Angel Altes Martí).

Las medidas de seguridad van a tener por objeto someter a una persona inimputable que ha cometido un hecho delictivo al tratamiento medico que corresponda en función de su enfermedad, a la protección y vigilancia adecuada que evite que siga constituyendo un peligro para la sociedad.

Los Codigos penales modernos incluyen las medidas de seguridad como alternativas a la pena y es a la Psiquiatría legal o tambien conocida como forense a la que va a corresponder dar respuesta, a veces con enormes dificultades, a las demandas de la administración de justicia cuando en la raiz del delito exista una enfermedad mental. El estudio de la peligrosidad de una persona es de enorme trascendencia, por las repercusiones que tienen las conclusiones que se presenten a la autoridad judicial. Pero ya deciamos antes que tambien es de gran dificultad, ya que establecer un juicio pronostico sobre el comportamiento mental de una persona, es difícil y de enorme responsabilidad para la persona que lo debe de efectuar, ya que las consecuencias de un posible error, son a veces enormes. Por ello es algo que debe de analizarse por equipos profesionales enormemente cualificados que estudien cada caso de forma individualizada y desde diferentes enfoques, para que en definitiva el Juez, que valorara toda la información tome la decisión mas adecuada para la persona y para la sociedad.

Pero estamos hablando de aplicar medidas de seguridad para tratar y protegernos de personas peligrosas y es necesario por lo tanto **establecer que entendemos por peligrosidad**. Manuel Checa Gonzalez, señala que peligrosa "es la persona o situación que tiene riesgo o puede causar daño", es decir que hablamos de una posibilidad de riesgo mas o menos inminente de producir unas consecuencias dañinas en las personas o en las cosas. Villanueva y Valenzuela entiende como peligrosidad o "estado peligroso" a "aquel comportamiento del que con gran probabilidad puede derivarse un daño contra un bien jurídico protegido, o como aquella conducta que es reprobada socialmente".

Checa considera la existencia de tres tipos de peligrosidad:

- Peligrosidad criminal: es el riesgo de que una persona que previamente ha cometido un delito pueda cometer otro. Se parte pues de un antecedente de delincuencia y de algunas circunstancias como puede ser una enfermedad mental o el consumo de determinadas

sustancias e interesa el conocer la posibilidad de que esa persona vuelva a delinquir.

- Peligrosidad social o potencial: es el riesgo o probabilidad de que una persona que no ha cometido ningún delito pueda cometerlos. Es la peligrosidad predelictual que se contemplaba en la ley de peligrosidad social española y que fue derogada por el tribunal constitucional. No es aceptable en el marco de un estado de derecho.
- Peligrosidad civil: es el riesgo que corre cualquier persona de que se vulneren sus derechos o bienes jurídicos cuando no es capaz de preservarlos por si mismos. Se parte de una justificación que motiva el estudio de la persona, en este caso de incapacidad, para proteger sus intereses.

Nos vamos a ocupar lógicamente de la peligrosidad criminal, ya que la social no tiene cabida en el ordenamiento jurídico y la tercera es objeto de la jurisdicción civil.

**PRINCIPIOS DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD:** Carrasco y Maza los sintetizan de la siguiente manera:

- Legalidad: exige que estén contempladas en una norma legal.
- Jurisdiccionalidad: deben de ser impuestas por organos jurisdiccionales.
- Proporcionalidad: relación adecuada entre la acción reprobable, la peligrosidad del autor y la respuesta a la misma por parte del ordenamiento jurídico.
- Objetivo terapéutico: su razón es la rehabilitación y la reinserción social.
- Obligatoriedad: ya que la persona está obligada a someterse a las medidas de seguridad acordadas por los tribunales con fines curativos.

### **CONDICIONES NECESARIAS PARA QUE SE PUEDA APLICAR UNA MEDIDA DE SEGURIDAD.-**

Para que se pueda aplicar una medida de seguridad a una persona inimputable nuestra legislación exige:

- Que la persona padezca una enfermedad mental permanente o inmadurez psicológica.
- Que el hecho cometido este tipificado.

- Que el hecho y la enfermedad sean coincidentes en el tiempo.
- Que exista relación causal entre el hecho típico y la enfermedad o inmadurez psicológica..

### **CLASES DE MEDIDAS DE SEGURIDAD.-**

El código penal de la republica de Honduras establece como medidas de seguridad las siguientes:

- La Internación en establecimiento psiquiatrico.
- El internamiento en institución de trabajo o granja penal
- La internación en establecimiento reeducativo o de tratamiento especial.
- La libertad vigilada.
- La prohibición de residir en lugar determinado.
- La prohibición de concurrir a determinados lugares.
- La caución de buena conducta.
- La expulsión de extranjeros.

Entendiendo como establecimiento psiquiatrico, como aquel que es adecuado para tratar la anomalia o alteración psíquica que se diagnostique por los psiquiatras o medicos forenses, ajeno lógicamente al Centro Penitenciario, si bien en algunos paises, como España, este tipo de centros en sus unidades psiquiatricas penitenciarias pueden ser los centros que acojan al paciente (Reglamento Penitenciario de 1996). En cuanto a las medidas a aplicar a pacientes drogodependientes, que han cometido un delito en virtud de ese consumo, bien sea de alcohol u otras sustancias su destino serán las granjas o centros de trabajo o deshabitación que trabajen de forma acreditada en este campo y con la supervisión logica del tribunal sentenciador. Por último, la internación en centro reeducativo o de tratamiento especial parece lógico que este destinada a aquellas personas que se encuentren incursos, al tiempo de cometer el delito en situaciones de alteración grave de la percepción (como puede ser la sordera o sordomudez) desde su nacimiento o infancia y que esta alteración no le ha permitido desarrollar normalmente sus facultades psíquicas y por lo tanto su capacidad de conocer y de querer. Va a ser por lo tanto ingresado en un centro en el que se lleva a cabo una actividad de tratamiento y reeducativa que tenga como objetivo la superación de las deficiencias del paciente. No obstante con base al dictamen de peligrosidad son

pacientes que pueden estar sometidos a estos tratamientos de forma ambulatoria sin necesidad de medida de seguridad restrictiva de la libertad.

Medidas de seguridad que deben de ser aplicadas en aquellos supuestos en que por parte de las personas encargadas de la determinación de un estado peligroso, se emita un juicio científico sobre este punto, diferente según el caso como ya podemos valorar en el estudio de las enfermedades mentales y otras situaciones como los trastornos de la percepción. Por ello va a ser de vital importancia que los médicos que reconozcan a los imputados efectúen un riguroso examen de los mismos y precisen en su informe la naturaleza de su afectación y la existencia de un estado peligroso en base a la misma, así como la necesidad o no de adoptar medidas.

## LA EVALUACIÓN MEDICO FORENSE DE LA PELIGROSIDAD

**Es una evaluación de gran importancia y dificultad**, ya que las consecuencias del mismo van a ser de primer orden y por otro lado enjuiciar los comportamientos futuros de una persona es un hecho basado en la probabilidad y nunca en la certeza, por ello para llegar al pronunciamiento afirmativo es preciso proceder a dos tipos de juicio:

- **DIAGNOSTICO:** el diagnostico de peligrosidad debe incluir el estudio de la personalidad y el estudio de los hechos.
  - Estudio de los hechos: Basado en la forma de realización de los mismos, en el contexto de la personalidad del sujeto, su motivación, su comprensibilidad, su productividad, etc. Constituye siempre un elemento básico en cualquier estudio de personas que cometen un acto delictivo.
  - Estudio de la persona: hay que analizar la personalidad del sujeto desde un punto de vista integral:
    - **Biológico:** Estudio genético, metabólico-endocrino, biotipológico, neurológico, etc.
    - **Psicológico:** inteligencia, valores, actitudes, intereses, personalidad tanto profunda (antecedentes personales y familiares, conflictos, etc) como de sus motivaciones (necesidades básicas, frustraciones, nivel de aspiraciones, etc).
    - **Sociológico:** Relaciones interpersonales, adaptación social, relación laboral, etc.
- **PRONOSTICO:** El pronóstico o juicio de peligrosidad se refiere a la calificación y a la valoración de la peligrosidad.

- Calificación de la peligrosidad: es un juicio de probabilidad y no de certeza, que va a afectar al individuo que nos da una "sensación" mas o menos fundada de que va a volver a cometer otros actos delictivos. Como consecuencia del principio de legalidad, el órgano jurisdiccional competente únicamente podrá declarar estado peligroso cuando concurren:
  - Indices de peligrosidad: Son manifestaciones de la persona que permite indicar una situación y requieren para ser considerados un proceso valorativo. Así, los delitos cometidos constituyen ciertos indices de peligrosidad desde el momento en que se comete. Transcurrido el tiempo, cobran importancia sobre el hecho de su valoración subjetiva.
  - Determinantes de peligrosidad: Son complejos de conducta a los que se les otorga el valor de pronostico de conducta social o antisocial.
- Valoración de la peligrosidad: Los elementos de valoración de la peligrosidad señalados por Jiménez de Asúa son los siguientes:
  - La personalidad del sujeto en su aspecto antropológico, psíquico y moral.
  - La calidad de los motivos.
  - La conducta del individuo, tanto en su vida anterior, como en el momento del acto que manifiesta peligrosidad y en su comportamiento ulterior.

Todo diagnostico de alteraciones conlleva en cierto modo, un juicio pronostico, pero en el caso del juicio de peligrosidad, el pronostico adquiere prevalencia. La posibilidad de seguirse una conducta peligrosa es, en puridad, un pronostico que se establece sobre la conducta futura del sujeto, sentada en la conducta antecedente, en sus motivaciones y en el estudio de la personalidad del individuo. En definitiva, como dice Sabater, "el juicio de peligrosidad requiere una cara diagnosis sobre el peligro actual, no solo sintomática, sino tambien etiológica, para formular una cauta prognosis en relación con los riesgos futuros de delitos o de actos antisociales derivados de la peligrosidad social del sujeto"

### **EL INFORME MEDICO FORENSE SOBRE PELIGROSIDAD**

Va a ser el documento que recoge el conjunto de investigaciones y deducciones efectuadas por el perito medico, en este caso el medico forense. Y decimos que el forense, porque entendemos que nadie como el conoce los limites de su trabajo y

sus valoraciones y tampoco nadie tiene los valores de objetividad e imparcialidad tan importantes en una recta administración de justicia. Si decimos que estamos ante apreciaciones subjetivas, que mejor que una persona sin interés particular en la causa para emitir estos juicios de valor.

Parece también lógico que apuntemos que un informe medico forense debe de ser completo, recogiendo todos los elementos decisivos en la toma de decisiones y que de respuesta a todas y cada una de las preguntas o dudas que puedan surgir al juzgador con relación a la persona en cuestión. Por ello abogamos por un informe en el que se concluya con un diagnostico del padecimiento, la afectación sobre las esferas psíquicas que correspondan, la imputabilidad, la capacidad, las necesidades de internamiento o no y un juicio pronostico sobre evolución y peligrosidad que permita tomar al Juez todas las medidas que la ley establezca, entre ellas las medidas de seguridad.

Para llegar a ese punto tendremos que sistematizar el informe de la siguiente manera:

1. Estudio de los antecedentes sumariales: declaraciones judiciales, policiales, de testigos, informes previos, etc
2. Anamnesis:
  - a. Datos de filiación
  - b. Antecedentes familiares: con especial interés en las posibles transmisiones de enfermedades, en el consumo de sustancias y en la interrelación familiar.
  - c. Antecedentes personales: con datos desde el embarazo, parto, estudios, biografía laboral, servicio militar. Consumos de sustancias con expresión de su inicio, cantidades, tipos, vías de administración, cantidades, etc. Enfermedades sufridas desde la infancia. Estado de las relaciones familiares, sociales, etc.
  - d. Estado actual con exploración psico-física: con estudio sistemático de la enfermedad o adicción que tenga la persona, valorando la:
    1. actitud con que se presenta, grado de colaboración, etc.
    2. Exploración física: rasgos evidentes de alteraciones genéticas, consumos de sustancias, etc.
    3. Exploración psíquica: evaluando la conciencia y la orientación en tiempo y en espacio, la atención, la memoria, la sensopercepción, el pensamiento (esfera de gran importancia por asentar sobre ellas patologías muy

importantes y peligrosas como la paranoia), la afectividad, el juicio y raciocinio, y la inteligencia.

- e. Exploraciones complementarias: que nos van a confirmar los datos clínicos hallados: Electroencefalograma, ecografía, resonancia magnética nuclear, ECG, marcadores biológicos del consumo de alcohol, estudios genéticos, test psicométricos, etc.
3. Tras estas dos partes de tan grande importancia se establece un **diagnostico y las consideraciones medico forenses** o también conocida como evaluación, en la que el médico explicara el diagnostico obtenido, los motivos que le han llevado a tal afirmación y hará un juicio sobre la relación entre la alteración detectada y el acto criminal cometido. De igual forma que informará al tribunal sobre el estado en que se encontraban las facultades de conocer y de querer en el momento del hecho, es decir un juicio sobre imputabilidad, también sobre la capacidad civil del sujeto y un juicio pronóstico sobre la permanencia de la enfermedad, su posible evolución y la prognosis criminal, cara a determinar las posibles medidas a tomar en caso de ser declarado inimputable.
  4. Por último las **conclusiones medico forenses** recogerán de forma clara, concisa y concreta todas y cada una de las deducciones obtenidas. En el caso concreto de la peligrosidad, según Checa Gonzalez, habría que decir:
    - a. Si el sujeto puede ser considerado peligroso.
    - b. Sobre las causas que son origen de dicha peligrosidad.
    - c. El pronostico en base a la capacidad de modificación de dicha causa y los demás factores ambientales que puedan incidir.
    - d. En el caso de que se trate de enfermedades o trastornos mentales, alteraciones de la percepción o adicción a drogas o alcohol que tipo de tratamiento puede ser el adecuado dada su peligrosidad ( ambulatorio, internamiento, centro educativo, por que tipo de personas, etc)

## **TANATOLOGÍA FORENSE. LAS CAUSAS DE MUERTE VIOLENTA.**

El termino tanatología proviene del griego "tanaton" (muerte) y "logos" (tratado). Muñoz Tuero la define como "una parte de la Medicina y específicamente de la medicina legal que estudia los fenómenos naturales: físicos, químicos y morfológicos, que se desarrollan en el cadáver al cesar la actividad de los órganos esenciales para la vida, lo que sobreviene algún tiempo mayor o menor después de la muerte".

Comprende por lo tanto los conocimientos medico biológicos necesarios para resolver diferentes problemas medico forenses en relación con el cadáver, como el diagnóstico de la muerte, la rapidez de la misma, la data, el origen de la misma...Por ello se ha considerado a esta materia como uno de los ejes sobre los que asienta el ejercicio profesional del Médico Forense, llegándose incluso a identificarlos con la misma. Palmieri, señala que la tanatología es "el capítulo de la medicina legal que estudia el cadáver desde el punto de vista de las exigencias judiciales".

Muñoz Tuero distingue en cuanto a su contenido, una:

...1.- Tanatología medico legal.

...2.- Una tanatología medico forense o judicial.

...1.- TANATOLOGÍA MEDICO LEGAL: es un concepto estático que se ocupa de:

- Los fenómenos que preceden, acompañan y siguen al cese de la vida en el organismo.
- Las modificaciones que sufre el cuerpo animado al pasar al estado de cadáver hasta las últimas fases de la putrefacción.
- Del esqueleto.

...2.- TANATOLOGIA FORENSE O JUDICIAL: o tanatología forense propiamente dicha. Es un concepto dinámico que se ocupa de la aplicación de los conocimientos tanatológicos medico legales señalados para el esclarecimiento y solución de los problemas y cuestiones judiciales concretas en cuanto al:

- Diagnostico de la muerte
- Rapidez de la muerte
- Data de la muerte
- Causa y circunstancias de la muerte

### MUERTES NATURALES VIOLENTAS Y SOSPECHOSAS DE CRIMINALIDAD

Los conceptos antagónicos de muerte natural y muerte violenta son de una gran importancia medico forense, por lo que es necesario delimitar con precisión su significado y sus límites. De hecho estos aspectos deben de ser la primera

conclusión recogida en los informes medico forenses, de tal modo que le sirviera al Juez o al Ministerio Publico para detener o no las diligencias de un sumario incoado a raíz de la muerte, por causa desconocida, de una persona.

Con la denominación de **muerte natural** se quiere significar que el fallecimiento ha tenido lugar sin intervención de ninguna fuerza extraña al organismo, sin que haya concurrido en su determinación o génesis ninguna violencia. Es por lo tanto consecuencia de enfermedades que sufre el organismo. Prototipo de ella es la muerte del anciano, en el que se cumple el proceso evolutivo natural de un ser vivo, la enfermedad cancerígena, la cardiopatía isquémica, etc.

Por el contrario, con el nombre de **muerte violenta** se entiende aquella que es consecuencia de violencias, traumatismos o fuerzas extrañas al normal fisiologismo. Se trata de muertes "venidas de fuera", en las que siempre hay que investigar y determinar si hubo por parte de alguien una participación activa o pasiva en su desencadenamiento que pueda determinar una responsabilidad.

Ahora bien, esto no quiere decir que en todas las muertes violentas tenga que existir necesariamente, una figura delictiva o un responsable y culpable, ya que existen formas de muerte violenta como el suicidio y algunos accidentes en los que la génesis del hecho es únicamente imputable a la propia persona que lo ha sufrido.

Podemos establecer por lo tanto 3 variedades de muerte violenta, a saber:

- *Muerte violenta accidental:* en ellas las fuerzas que dieron lugar a la violencia, origen de la muerte, han tenido lugar sin intervención de ninguna voluntad humana buscando dicho resultado: fulguración por rayo, aludes, avalanchas, inundaciones, caídas casuales, accidentes domésticos...

En ocasiones, si pueden derivarse de hechos que podemos considerar como negligentes o imprudentes como pueden ser los accidentes de trafico, accidentes deportivos, etc., en donde no se toman las debidas prevenciones para su evitación estando obligados a ello.

- *Muerte violenta suicida:* Es normalmente la propia víctima la que toma la decisión de terminar con su vida. No obstante la mayoría de las legislaciones establecen supuestos de responsabilidad penal para aquellos que induzcan, auxiliien o colaboren en el suicidio, por lo que deben de investigarse suficientemente para aclarar todas las circunstancias de dicha muerte.
- *Muertes violentas criminales u homicidas:* Son aquellas en las que la violencia extraña al organismo causante de la muerte, es debida a alguien ajeno a él, quien la desencadena activamente y aún, en

ocasiones, con la directa intención de producir ese resultado. Son objeto de una lógica e intensa investigación judicial y forense, tendente al total esclarecimiento de las causas, circunstancias y averiguamiento del autor.

Por último como **muerres sospechosas de criminalidad**, entendemos aquellas que se producen de una forma imprevista, insólita o incluso sorpresiva, en las que no hay datos suficientes y seguros que nos indiquen su causa y la forma de producirse. Por lo tanto, al producirse inesperadamente, sin ningún antecedente previo, testigos etc., una muerte no previsible debemos de incluirla en este apartado e investigarla como si de cualquier homicidio se tratase. Obviamente tras su estudio se convertirá en una muerte natural o en una muerte violenta de las ya señaladas, con la repercusión judicial que corresponda a cada una de ellas. Un ejemplo de estas es la persona hallada muerta en su domicilio en solitario, en la vía publica, etc.

La medicina forense, como parte integrante de la investigación desarrollada por Ministerio Público y Jueces, debe en todos los casos de **muerte violenta o sospechosa de criminalidad participar** en las diligencias judiciales contempladas en las leyes procesales: Inspección Ocular, levantamiento de cadáveres y autopsia judicial, en donde su aportación, junto a la Policía Judicial, revestirá una importancia de primer orden en la aclaración del problema judicial planteado.

### **EXAMEN DEL LUGAR DE LOS HECHOS: OBJETIVOS, FASES. LOS INDICIOS BIOLÓGICOS DEL DELITO: SU BUSQUEDA, RECOGIDA Y ENVÍO AL LABORATORIO, RECONSTRUCCIÓN DEL LUGAR DE LOS HECHOS.**

Es preciso resaltar la importancia m-f del mismo, ya que el examen del lugar de los hechos (examen que forma parte de la diligencia judicial conocida con el nombre de '**levantamiento del cadáver**') incluye:

- el minucioso examen del cadáver
- y de los alrededores del mismo, con el fin recoger todos aquellos indicios capaces de permitir: una fiel reconstrucción de los hechos.
- determinar las causas de la muerte y de sus circunstancias
- averiguar el/los autor/es si los hubo, siendo fundamental la intervención del medico forense para la resolución de las diversas cuestiones planteadas.

### **EXAMEN DEL LUGAR DE LOS HECHOS: OBJETIVOS, FASES Y MEDIOS INSTRUMENTALES EMPLEADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA M-F.**

Para su práctica se constituye la Comisión Judicial integrada por:

- El Ministerio Público-Juez
- El Médico Forense

Esta Comisión se persona en el lugar de los hechos, donde se ha producido una muerte o al menos donde se ha encontrado el cadáver, auxiliados siempre y en todo momento por la Policía.

Los objetivos del examen del lugar de los hechos son fundamentalmente:

- ...1.- Comprobar la realidad de la muerte, tras cuyo requisito se ordenará por el Fiscal el traslado del cadáver a la Dirección de Medicina Forense.
- ...2.- Determinar la data de la muerte.
- ...3.- Precisar el mecanismo de la muerte.
- ...4.- Identificar el cadáver.

Como es lógico, en este examen no siempre se pueden cubrir totalmente dichos objetivos, pero los datos que en él se recogen condicionarán muchas veces los resultados del examen completo del cadáver en la sala de autopsias.

Un requisito fundamental para un correcto examen del lugar de los hechos va a ser el respetar éste hasta la llegada de la Comisión Judicial, de tal manera que ésta se lo encuentre tal y como ha aparecido, sin manipulaciones, y pueda así evaluar correctamente todos los indicios y microindicios aparecidos en la escena, para así poder, además de los objetivos mencionados, realizar:

- ...1- Hipótesis sobre la reconstrucción de los hechos
- ...2- Determinar en caso de muerte violenta, **si** se trata de un accidente un suicidio u homicidio, confirmándolo posteriormente en la autopsia. **Por lo tanto:**
  - **un examen bien hecho**, concienzuda y meticulosamente, podrá llevar al m-f, con los resultados de la autopsia, a deducciones del más alto interés. Por el contrario:
  - **un examen hecho de forma superficial** en el lugar de los hechos, es capaz de invalidar y hacer inútil la más perfecta de las autopsias.

Podemos determinar por ello, que el examen del lugar de los hechos, es el punto de partida del examen necropsico, que se continúa posteriormente en la sala de autopsias y en los laboratorios de la Dirección de Medicina Forense. Es, por tanto, una fase más de la investigación médica al servicio de la Justicia.

## **FASES DEL EXAMEN.**

Desde el punto de vista medico forense:

Los objetivos señalados anteriormente, van a condicionar las fases del trabajo del medico forense en este examen. Estas fases serán:

- ...1- Examen del lugar de los hechos y alrededores.
- ...2- Examen de las ropas del cadáver.
- ...3- Examen externo del cadáver.

### **1º.- EXAMEN DEL LUGAR Y DE LOS ALREDEDORES**

Se basará fundamentalmente en el examen de:

- **Estado de los muebles y objetos** del lugar: estado de orden o desorden (el desorden siempre sugiere lucha, aunque siempre se pueden dar excepciones).
- **También se tendrá que observar la posición y el estado de los espejos** del lugar respecto al cadáver, ya que será típico del suicidio el autolesionarse frente a los espejos, en los cuales habrá salpicaduras de sangre.
- **La distancia del arma con relación al cadáver**, que admita o descarte la posibilidad de suicidio/accidente; presencia o no del arma u armas mortales.
- **Tendremos que buscar todo tipo de indicios**, en especial los biológicos (manchas de sangre y de otro tipo, pelos y cabellos... ) que nos podrán dar importantes datos.
- **Podemos también encontrar medicamentos o sustancias tóxicas**, que nos orientarán hacia una posible patología del individuo o un posible suicidio (jeringuilla).
- **Muy importante será la búsqueda y recogida de huellas dactilares** y todo tipo de huellas.
- **Presencia de notas escritas** o de mecanismos o medios realizados para terminar con éxito el acto suicida.

**Simonin, autor francés, uno de los clásicos de la Medicina Forense**, divide las huellas objetivas que pueden encontrarse en el lugar de los hechos, en:

...1.-**Huellas descriptivas:** que son aquéllas que se pueden describir y registrar fotográficamente (desorden de muebles y objetos...) pero son fugaces y efímeras.

...2.-**Huellas concretas:** que pueden obtenerse y trasladarse al ...laboratorio (armas, objetos, manchas ...)

...3.-**Impresiones:** son huellas que se dibujan sobre una superficie por el contacto de una parte del cuerpo o de un arma. Estas huellas son calcadas, moldeadas o fotografiadas (huellas de pasos, digitales).

Las huellas descriptivas y las concretas permiten, sobre todo, el conocimiento de las circunstancias del hecho y la reconstrucción de los mismos. Las impresiones permiten llegar hasta el objeto o hasta el individuo que las ha producido, así como identificarlo.

## **2º.- EXAMEN DE LAS ROPAS DEL CADAVER.**

El medico forense observará:

...1.-**La existencia o no de ropas en el cadáver** y el tipo de éstas en caso afirmativo.

...2.-**Si estaban ordenadas o no, limpias o sucias**, interesadas o no por el agente traumático, y en caso afirmativo, si existen coincidencias entre los traumatismos en el cadáver y las perforaciones o desgarros en las ropas (es debido a la costumbre suicida de separar o apartar las ropas del lugar donde va a ser aplicada el arma suicida).

...3.-Así mismo, se **tendrán que registrar las ropas**, pues se podrán encontrar hallazgos de gran interés: documentos, vestigios microscópicos sobre hábitos del individuo, sobre su profesión o sobre la naturaleza donde vive o ha estado; pelos, manchas de sangre, semen, orina... siendo preciso describir su localización y forma.

...4.-Muy importante será el **estudio de los zapatos**, ya que podrán encontrarse huellas en el lugar de los hechos, teniendo que compararlas con la de la víctima; así mismo pueden existir restos del terreno que pisó, pudiendo compararlo con el que se encuentra en el lugar de los hechos o en otras localizaciones.

...5.-Así pues, **el análisis de los vestidos podrá orientar** sobre:

- Identidad de la víctima.
- La naturaleza del arma empleada.
- Etiología medico legal de las heridas o de la muerte.

-Circunstancias y condiciones del hecho, ayudando a la reconstrucción de los hechos.

### **3.- EXAMEN EXTERNO DEL CADAVER:**

**En primer lugar** comprobaremos los signos de la muerte, que nos demuestran la realidad de esta y que son conocidos como signos negativos de vida y como signos positivos de muerte:

#### **...A.- Signos negativos de vida:**

-ausencia de pulso y respiración

-silencio auscultatorio

-inmovilidad y flacidez de los miembros, con ausencia de reflejos y de sensibilidad.

-inmovilidad y dilatación de pupilas, con opacidad de la córnea y hundimiento y flacidez del globo ocular.

#### **...B.- Signos positivos de muerte:**

-como son la aparición de los fenómenos cadavéricos: enfriamiento, rigidez cadavérica, livideces cadavéricas, putrefacción cadavérica. Son signos derivados de la exposición del cuerpo sin vida a los agentes físicos, químicos y biológicos.

**En segundo lugar**, buscará los indicios sobre la hora de la muerte, como son:

- la cronología de los signos antes citados, es decir de la evolución de los fenómenos cadavéricos, ya que a la evolución de los mismos se le corresponde una aproximada correspondencia horaria, siempre variable en función de la causa de la muerte, climatología, conformación física, etc.

- **si** existen insectos, puede ser interesante el estudio de la entomología cadavérica.

**En tercer lugar**, buscará signos de violencia sobre el cuerpo, así como cualquier otra alteración que pueda estar en relación con "la causa de la muerte". Así será importante:

- **Observar la actitud y posición en que fue hallado el cadáver:**

- suspendido de una cuerda

- con mordazas, con ataduras
- distancia del arma empleada con relación al cadáver.
- presencia de espasmo cadavérico.

- **Buscar cualquier tipo de lesión o traumatismo** y determinar su tipo, localización, número, gravedad, siguiendo un orden de arriba abajo, con especial interés en los pliegues de flexión, espacios interdigitales y cavidades naturales. Por ello va a ser **MUY INTERESANTE DISTINGUIR ENTRE:**

- traumatismos **mortales o graves**
- lesiones de defensa o lucha autoinflingidas.
- lesiones vitales o post-mortales.

- **Buscar la posible existencia de manchas existentes en el cadáver** y determinar su naturaleza, tipo, localización y morfología, siguiendo también el mismo orden que anteriormente se ha indicado, distinguiendo manchas de sangre, de semen, pólvora, humo... También pelos y restos orgánicos.

Por último, se debe tener en cuenta la **posibilidad de coloración y otras características de ciertos tóxicos**. Además de estas investigaciones, **el m-f debe tener en cuenta las informaciones dadas por otro facultativo, familiares, vecinos de la víctima, policía**, como:

- antecedentes de enfermedad
- intentos suicidas, antecedentes sociales, laborales, familiares psicológicos.
- Padecimiento de alcoholismo o drogadicción
- vida sexual
- día y hora que se le vio por última vez
- así como todos los datos sumariales e informaciones policiales sobre la existencia de robo, cartas de despedida, marcas de pasos o neumáticos, indicios de violencia en puertas y ventanas, pruebas balísticas.

**Elementos todos ellos que, poniéndolos en relación con los correspondientes de las diferentes fases, permitirán llevar a cabo con éxito los diferentes objetivos del examen del lugar de los hechos.**

## **LOS INDICIOS BIOLÓGICOS DEL DELITO: SU BÚSQUEDA, RECOGIDA Y ENVÍO A LABORATORIO**

La criminalística, según el profesor Gisbert, "es la ciencia que estudia los indicios dejados en el lugar del delito, gracias a los cuales puede establecerse, en los casos más favorables:

- la identidad del criminal
- las circunstancias que concurrieron en el hecho delictivo

La hipótesis base de la criminalística, es que el criminal, pese a las precauciones que tome, siempre deja en el lugar de su delito algún indicio que de algún modo revela su participación en el hecho. El encontrar ese indicio es el objeto de la criminalística. En la investigación pericial de un indicio hay 3 grandes etapas:

- la búsqueda en el lugar de los hechos
- su recogida y envío al laboratorio
- los exámenes analíticos y su interpretación.

En esta investigación se debe dar una prioridad absoluta a que nadie entre el recinto, con el fin de mantener la situación original de todos los indicios eventualmente existentes; debiendo proceder a cualquier actuación la realización de esquemas, fotografías, videos, etc. También es importante tener en cuenta y saber que el indicio es frágil, por lo que si se recoge mal, éste se vuelve inutilizable; recogida que deberá ser precoz, ya que muchos de estos indicios pueden perder eficacia con el tiempo. Finalmente, hay que señalar que el valor de la prueba indiciaria va a ser relativo, ya que los indicios pueden ser falsos, bien por intervención del criminal o bien por adicción o alteración de los que lo manipulan.

### **Búsqueda de los indicios biológicos del delito.**

Para una correcta investigación, el perito debe proceder a la búsqueda de los indicios en la escena del delito, indicios que podrán ser múltiples y de diferente tipo y por tanto con múltiples localizaciones y distribución, dependiendo del tipo y naturaleza del indicio. La observación para la búsqueda debe ser minuciosa y objetiva, para lo que es importante valerse de esquemas, fotografías, videos, etc. En esta observación se centrará la atención sobre la propia víctima, sus ropas, objetos que aparezcan desplazados, instrumentos extraños, armas u otros objetos lesivos.

Hay que resaltar el interés, como indicio biológico del delito, de las manchas de sangre, semen, orina, etc. Para la búsqueda se pueden emplear tres tipos de iluminaciones:

...1.- la de incandescencia u ordinaria: buena iluminación en general.

...2.- la luz de tungsteno: manchas de sangre.

...3.- la luz ultravioleta: pone de manifiesto las sustancias con propiedades fluorescentes (orina, semen, aceites...).

En cuanto al indicio invisible y al microscópico, su posible presencia se determinará por el revelado o aplicando técnicas de captación para su estudio posterior. Una vez encontrado el indicio, se procederá a la interpretación "in situ", es decir, su estudio dentro del contexto del lugar de los hechos, anotando su distribución, dirección y caracteres, debiendo abstenerse el perito de "hacer prematuramente cualquier tipo de ensayo sobre los vestigios hallados" (que es uno de los errores más frecuentes que conduce, a menudo, a la destrucción o alteración grave del indicio). Una vez hecha la observación, esquemas y fotografías correspondientes, se procederá a la recogida de los mismos y envío al laboratorio.

### **Recogida y envío al laboratorio.**

Debemos señalar que la diferente naturaleza de indicios que pueden encontrarse hace que debe emplearse una metódica variada, distinta para cada caso de especie. Como dice **Simonin**, "**el perito tiene aquí la oportunidad de poner a prueba su sagacidad, experiencia e imaginación**".

...1- Las huellas dactilares: Son de la máxima importancia, ya que por sí solas, pueden identificar a una persona. Salvo excepciones, son huellas latentes, invisibles, que se han de revelar, para posteriormente hacer fotografías o mandar a laboratorio. Es presumible su presencia en locales cerrados, sobre instrumentos, armas y objetos de superficie lisa, vehículos....

...2.- Los residuos microscópicos: También de extraordinario valor identificador, se recogen por medio de aspiración de los lugares en que sea más factible su presencia, recogiendo el material en medios apropiados, señalando cuidadosamente el lugar de procedencia.

...3.- Cuando se encuentra sangre líquida, debe recogerse y enviarse con anticoagulantes, recogándose la mayor cantidad posible.

...4.- Si se trata de manchas de sangre, que asienta sobre una superficie absorbente, se enviarán completas; si no es posible, se realizará una prueba "in situ" del tipo de la huella de Taylor.

...5.- Si asienta sobre superficie no absorbente y forma costra, se raspará ésta con sumo cuidado y se envasará en una bolsa de papel satinado.

...6.- Los tejidos con mancha de sangre, semen, saliva y otras manchas biológicas, se doblarán de forma que la mancha queda hacia el interior y se introducirán (al igual que cuando están incluidas en otros soportes) en bolsas de plástico que las preserve de roces y mojaduras de cualquier líquido.

...7.- Las muestras de pelo, se envasarán por separado, las procedentes de la cabeza y las procedentes de las otras regiones corporales del cadáver, y las que se encuentren aisladas en el lugar de los hechos.

...8.- Así mismo, también se recogerán los insectos o larvas de la fauna cadavérica y el material en que se han encontrado, para evitar su muerte.

...9.- En el examen de vehículos, habrá que recoger las posibles manchas orgánicas existentes, restos de tejidos, así como otros indicios no biológicos como: muestra de pintura, aceite, vidrios, barro  
....

Una vez recogidos todos los indicios posibles deben ser cuidadosamente envasados y etiquetados para su envío al laboratorio de la Dirección de Medicina Forense, siguiendo las normas para la remisión de muestras para análisis criminalísticos y garantizando siempre que se cumpla una estricta cadena de custodia de la muestra desde su recogida hasta su entrega en dicho laboratorio que evite manipulaciones indeseadas y deterioros o retrasos nocivos para la conservación de la muestra. En este sentido, es interesante resaltar algunas medidas de protección como:

...1.- Las huellas dactilares, de mordedura u otro tipo, deben remitirse debidamente protegidas con papel seda en cajas adecuadas para evitar su deterioro.

...2.- Los pelos, cabellos, manchas de todo tipo, uñas y restantes vestigios orgánicos, pueden introducirse en bolsitas de plástico o papel blanco y en cajas de tamaño proporcionado.

...3.- Los restos óseos, se remitirán junto con el vestido de la víctima en bolsas de plástico.

...4.- Los insectos o larvas de la fauna cadavérica deben colocarse en frascos de vidrio o plástico, bien tapados y sobre el material en que se han encontrado.

...5.- En heridas por arma blanca o por arma de fuego debe enviarse la piel de la región afectada en nevera y por el procedimiento más rápido posible, sin añadir ningún tipo de conservante.

Es necesario el envío también, en bolsas de plástico, de las ropas que existían por encima de la zona herida. Los envases utilizados deberán ser nuevos, esterilizados o bien enjuagados, deberán ir precintados, con una etiqueta en cada muestra o indicio donde conste: el contenido, juzgado a que corresponda, número de sumario y la fecha.

Deberán ser enviados a la Dirección de Medicina Forense, comunicándose el envío, la fecha de éste, el procedimiento utilizado, nombre de transportista y una breve descripción del paquete y precinto.

### **Interpretación de resultados.**

Tras ser recibidos los resultados, estos se valoraran en conjunto con el resto de las actuaciones practicadas y en base a ello el Médico Forense, establecerá en su informe una hipótesis científica de la causa y circunstancias de la muerte.

### **RECONSTRUCCION DEL LUGAR DE LOS HECHOS.-**

Es una diligencia judicial que se realizará "a posteriori". Se trata de llevar a cabo, con las personas intervinientes en los hechos, la reproducción fiel de los mismos, punto por punto, de las actuaciones que llevaron al delito. Para ello es fundamental:

...1.- Los esquemas y fotografías tomadas: del cadáver, de las ropas, objetos y lugar de los hechos, considerando.

- el orden o desorden
- localización de objetos, cadáver ...
- situación del arma
- localización de los indicios y huellas que en ocasiones pueden permitir la formulación de hipótesis acerca de cómo ocurrieron los hechos.

...2.- Declaraciones de las personas intervinientes: En ocasiones hay testigos del delito, en cuyo caso es importante conocer su versión de los hechos (incluso la versión del presunto agresor).

...3.- Pruebas periciales y peritaciones llevadas a cabo.

De todo ello se deduce la importancia de "no modificar la escena de la muerte" hasta que se realice su examen por la Comisión Judicial y se lleven a cabo los correspondientes esquemas y fotografías. Vemos pues que es necesario resaltar nuevamente la importancia del tema que acabamos de estudiar, ya que el examen del lugar de los hechos y la búsqueda de indicios

tiene un valor de primer orden en la investigación de los hechos y la resolución de las diferentes cuestiones médico-legales planteadas.

**AUTOPSIA JUDICIAL Y AUTOPSIA CLINICA. LEGISLACIÓN SOBRE AUTOPSIAS JUDICIALES Y AUTOPSIAS CLINICAS EN ESPAÑA Y EN HONDURAS. CONDICIONES REQUERIDAS PARA LA INVESTIGACION NECROPSICA. MEDIDAS HIGIENICO-SANITARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CONTAGIOS. DESCRIPCION DE LOS MEDIOS INSTRUMENTALES NECESARIOS. EL DICTAMEN DE LA AUTOPSIA JUDICIAL**

Con carácter previo a la exposición del tema que nos ocupa es preciso señalar la importancia médico-legal (m-l), siendo fundamental para la determinación de la causa, data y circunstancias de la muerte.

**AUTOPSIA JUDICIA Y AUTOPSIA CLINICA**

Etimológicamente, la palabra autopsia (del griego AUTOS, yo mismo, y OPHIS, vista) significa examen con los propios ojos, comprobación persona, con ella se expresan la serie de investigación que se realizan sobre el cadáver del hombre y de los animales, encaminadas al estudio de las causas de la muerte, tanto directas como indirectas. Es sinónimo de necropsia (NECROS, cadáver).

Es habitual distinguir dos tipos de autopsias: la anatomopatológica o clínica y la médico-legal o judicial. La primera estudia el cadáver para investigar la causa de la muerte, como los diversos órganos y tejidos se han alterado por el proceso morbooso y como tales modificaciones anatómicas pueden haber provocado síntomas funcionales.

La autopsia m-l o judicial, en cambio, es aquella en la que se investigan lesiones o alteraciones anatomopatológicas, cuyo descubrimiento o comprobación van a servir para ayudar al esclarecimiento de la causa de la muerte en un caso jurídico, para lo cual hay que revelar no sólo la razón de la muerte, que a veces puede ser de importancia secundaria, sino, sobre todo, si el fallecimiento ha sido debido a un crimen y cualquier circunstancia que permita identificar a su autor o deducir su grado de responsabilidad.

En cuanto a las técnicas, extensión, modo de analizar los órganos, no hay diferencias sustanciales entre ambos tipos de autopsia. Independientemente de sus fines, antes se pretendía diferenciar entre ambos tipos de autopsias por sus técnicas, extensión, modo de analizar los órganos, diferencias que hoy día no podemos admitir, pues, de una parte, los anatomo-patológicos realizan sus autopsias completas, poniendo al descubierto todas las cavidades y órganos y, de otra, el forense, para cumplir con probidad científica su misión, debe conocer perfectamente no sólo la anatomía normal y las alteraciones cadavéricas generales, sino poseer grandes conocimientos de anatomía patológica macro y microscópica, y aun de fisiopatología, para poder deducir de una lesión reconocida en su examen

las condiciones anormales que determinan su producción y los trastornos que de ella pudieron derivarse.

La autopsia m-l constituye una de las diligencias de mayor trascendencia entre las propias de la actividad medico forense. Ante todo, en gran número de casos, la autopsia enseña al médico legista la verdadera causa de la muerte, que antes de esta investigación resultaba ignorada; es más, en algunos casos puede demostrar que la causa de la muerte es muy distinta de la que se creía y radica en un órgano que nunca se supuso que fuera patológico. Pero, además, los resultados de la autopsia nos van a decir si la muerte fue natural o violenta; y en el segundo de los casos, si se trata de un accidente, de un suicidio o de un homicidio. Si la operación necrópsica recae sobre un recién nacido (delitos de infanticidio), determinará si se trata de un fruto viable o no, de serlo, si vivió vida extrauterina; y en ese caso, si murió a consecuencia de un mecanismo natural o violento. Incluso cuando el objeto de la investigación pericial sean sólo unos restos cadavéricos, podrá resolver su investigación el problema de la identificación de los mismos; si son humanos o de animal; y en el primer supuesto, su edad, sexo, talla y todas las particularidades que permiten orientar la data de la muerte y la causa de la misma. Desde el punto de vista jurídico, la importancia de la diligencia de autopsia se desprende de la redacción del **art. 205 del Código Procesal Penal**: " Si practicadas las diligencias previstas en el parrafo anterior (levantamiento de cadaver), no se pudieran establecer de forma inequivoca la causa de la muerte, la Dirección de Medicina Forense, siempre que sea posible y en su defecto los médicos designados en sustitución como peritos, con preferencia por los especializados en Patología forense, practicarán la autopsia para determinar la naturaleza de las lesiones, el medio empleado para ocasionarlas, y, en todo caso, la causa del fallecimiento". Acaba el artículo señalando la necesidad de la constancia escrita de todo lo actuado, con especial referencia a sí la muerte sobrevino como consecuencia de las lesiones o si fue ocasionada por lesiones o causas preexistentes, concomitantes o posteriores, extrañas al hecho.

Los comentarios que se pueden hacer a este artículo, son la necesidad de practicar la autopsia ya que la causa de la muerte puede haber sido consecuencia de motivos distintos del que pareciera haberla determinado. Tanta importancia se reconoce a la autopsia para la instrucción sumarial, que en la propia Ley de Enjuiciamiento Criminal Española se ordena, explícitamente, que aquella diligencia sea presenciada por el Juez Instructor, aunque la facultad para delegar en un funcionario de la policía judicial, pero debiendo dar fe de su asistencia, así como de lo que en ella ocurra, el secretario de la causa, que debe, por tanto, asistir también en todo caso.

## **LEGISLACION ESPAÑOLA SOBRE AUTOPSIAS JUDICIALES Y CLINICAS**

La legislación vigente difiere para ambos tipos de autopsia.

**...A. AUTOPSIAS JUDICIALES:** Las disposiciones legales vigentes se refieren a 5 aspectos diferentes de la autopsia:

...1.- Casos en que procede la diligencia de la autopsia: como acabamos de expresar, el art. 343 de LEC ordena que "en la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los médicos-forenses o, en su caso, por los que el Juez designe, los cuales, después de describir exactamente dicha operación informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias". No obstante lo anterior en el art. 785 de la misma ley, que forma parte de la regulación del procedimiento abreviado, se dispone que "el Juez podrá acordar que no se practique la autopsia cuando por el m-f o quien haga sus veces se dictamine cumplidamente la causa de la muerte sin necesidad de aquella. Por otra parte, la Ley de la Jefatura de Estado de 24-12-1962, sobre uso y circulación de vehículos de motor, se refiere en el párrafo 2º de su art. 20 a la posible supresión de la diligencia judicial de la autopsia en las muertes violentas sobrevenidas por accidente de tráfico: "En los casos de muerte, el Juez podrá acordar que no se practique la autopsia, cuando por el m-f se determinen las causas de muerte sin necesidad de practicar aquella".

...2.- Requisitos judiciales en la práctica de la autopsia: El art. 353 de la LEC dice a este respecto: "Las autopsias se harán en un lugar público que en cada pueblo o partido judicial tendrá destinado la Administración para este objeto y para depósito de cadáveres. Podrá, sin embargo, el Juez de Instrucción disponer, cuando lo considere conveniente, que la operación se practique en otro lugar o en el domicilio del difunto si su familia lo pidiere y esto no perjudicare al éxito del sumario. Si el Juez de Instrucción no pudiese asistir a la operación anatómica, delegará en un funcionario de la policía judicial, dando fe de su asistencia, así como de lo que en aquella ocurriere, el Secretario de la causa".

...3.- Material y gastos de la autopsia judicial: Las disposiciones legales en vigor han establecido que para el cumplimiento de los servicios que se encomienden a los médicos pertenecientes al Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, les serán facilitados los materiales que precisen, así como los medios de locomoción cuando tuvieran que desplazarse en el cometido de sus funciones fuera del lugar en que radique el Juzgado de Instrucción. También está establecido que aquellos ayuntamientos capital de partido judicial donde residan oficialmente los Juzgados de Instrucción, que carezcan del material completo y adecuado para los servicios médico-forenses, se provean de una caja de autopsias.

...4.- Plazos: El art. 349 de la LEC dispone que "siempre que sea compatible con la buena administración de justicia, el Juez podrá conceder prudencialmente un término al m-f para que preste sus declaraciones, evacue los informes y consultas y redacte otros

documentos que sean necesarios, permitiéndosele asimismo designar las horas que tenga por más oportunas para practicar las autopsias y exhumaciones de cadáveres".

...5.- Quiénes deben practicar la autopsia (Art. 459 LEC). "Todo reconocimiento pericial se hará por dos peritos. Se exceptúa el caso en que no hubiese más de uno en el lugar y no fuera posible esperar la llegada de otro sin graves inconvenientes para el curso del sumario. En aquellos caso en que no existe m-f, sea imposible su actuación o concurren otras circunstancias especiales, discrecionalmente apreciadas por el Juez, podrá acordar éste que la autopsia sea practicada por otro médico de la localidad.

...B. AUTOPSIAS CLINICAS: La Legislación al respecto está recogida en la Ley 29/1980 de 21 de Junio, reguladora de las autopsias clínicas, y en el Real Decreto 2330/1982 de 18 de Junio, que desarrolla la ley anterior. La aprobación de esta ley ha supuesto, un importante avance en lo que se refiere a la ayuda para la correcta identificación de las causas de la muerte, lo que repercutirá en un mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad responsable.

...1.- Dicha legislación dispone que los estudios autópsicos solamente podrán realizarse en los centros o establecimientos que reúnan las condiciones adecuadas de locales, medios físicos y personal, especificándose dichas condiciones en el estudio autópsico.

...2 Las autopsias clínicas se realizarán por médicos de A-P adecuadamente titulados con la presencia y colaboración, en su caso, de otros médicos especialistas interesados y solicitados en el estudio autópsico.

...3.- Los estudios autópsicos y, en su caso, el traslado de cadáveres, no serán en ningún caso gravosos para la familia.

...4.- El servicio de A-P que realice la autopsia emitirá un informe, a efectos de inhumación, al médico de cabecera o jefe del Servicio del que proceda el autopsiado y mantendrá el protocolo de la misma a disposición de los citados, teniendo también los familiares, cuando lo soliciten, derecho a un informe del resultado de la autopsia.

...5.- La realización de estudios autópsicos solo podrá hacerse previa constatación y comprobación de la muerte, debiéndose extender un certificado médico especial para poder iniciarlos, en el que solamente se consignará el hecho de la muerte cierta.

...6.- Los pacientes fallecidos que no hubiesen manifestado su oposición al procedimiento podrán ser sometidos a un estudio

autópsico, que garantizará a los familiares la no desfiguración manifiesta del cadáver y la no comercialización de las vísceras.

...7.- Todo caso autopsiado será objeto de una evaluación final clínico-patológica y el material científico que de él se deriva será puesto a disposición de los médicos para su formación y educación continuada, y será incluido en las estadísticas que cada centro habrá de llevar reglamentariamente.

...8.- Para la autorización:

- Autorización del hospital, en casos de interés público;
- Autorización por mismo individuo o familiares de primer grado o cónyuge.

### **LEGISLACION SOBRE AUTOPSIAS CLINICAS Y JUDICIALES EN HONDURAS.**

Las autopsias clínicas se encuentran reguladas en el DECRETO NUMERO 182-84, mediante el cual, el Congreso Nacional, CONSIDERANDO: Que la práctica sistemática de la Autopsia es necesaria para la obtención del conocimiento cierto de las causas letales, el que a su vez contribuirá al desarrollo de la Ciencia Médica y al consiguiente mejoramiento de la salud.

CONSIDERANDO: Que el Estado ha venido impulsando los estudios de Postgrado en Anatomía Patológica, hecho que es necesario aprovechar, estableciendo las normas legales pertinentes que regulen la práctica de la Autopsia Médica a fin de incentivar la mencionada especialidad en las ciencias de la salud.

CONSIDERANDO: Que mediante Decreto del Soberano Congreso Nacional N° 131 de fecha 11 de noviembre de 1982 fue aprobada la Ley de Trasplante y Extracción de Organos y Tejidos Humanos, lo que pone de manifiesto la preocupación del Estado por el mejoramiento de la salud pública y al mismo tiempo demanda la emisión de otras leyes que atañen a los aspectos patológicos, como la presente.

CONSIDERANDO: Que es interés del Estado mantener la salubridad pública, a efecto de lo cual es menester dictar las medidas que en forma eficiente contribuyan a ello, con el propósito de mejorar y conservar los recursos humanos de la Nación.

POR TANTO:

D E C R E T A:

La siguiente:

**LEY DE AUTOPSIA**

## MEDICA OBLIGATORIA

**Artículo 1.** Se establece la práctica de la Autopsia Médica Obligatoria, en los centros hospitalarios del país, para el estudio científico del cadáver, practicado por personal especializado, cuyo objeto será determinar las causas de la muerte, con fines académicos y de salud pública.

**Artículo 2.** Quedan sujetos a la práctica de la Autopsia Médica Obligatoria previa autorización de la autoridad competente, aquellos cadáveres de personas cuyo deceso haya ocurrido encontrándose internadas en centros hospitalarios del país, recibiendo tratamiento médico y/o quirúrgico.

**Artículo 3.** Todos los datos obtenidos de la Autopsia se conservarán en los respectivos protocolos de autopsias en el archivo de la Institución que la practicó, de donde se sacarán las copias que los Reglamentos dispongan.

**Artículo 4.** La Secretaría de Estado en los Despachos de Salud Pública y Asistencia Social es la dependencia encargada de hacer efectiva la observancia y aplicación de la presente Ley; en consecuencia, queda facultada para emitir su reglamentación, debiendo para ello tomar en consideración la opinión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y del Colegio Médico de Honduras.

**Artículo 5.** Los gastos que ocasione la práctica de la Autopsia Médica Obligatoria, serán por cuenta del Estado en los hospitales de su dependencia, a cuyo efecto se consignará la partida correspondiente en el presupuesto de la Secretaría de Estado consignada en el artículo anterior. En cuanto a los gastos de otras Instituciones Estatales, los mismos serán por cuenta de la Institución; y referente a los hospitales privados, corresponderá a quien solicitare la autopsia.

**Artículo 6.** Ningún centro hospitalario donde se hubiere practicado la Autopsia Médica Obligatoria en cumplimiento de esta Ley y sus reglamentos, con personal capacitado para ese fin, podrá ser demandado o acusado por causa de los resultados de la misma.

De esta recopilación legislativa podemos por lo tanto deducir que la autopsia tiene una vital importancia no solo en el campo de la investigación clínica, sino también judicial y en este sentido las legislaciones van reconociendo su trascendencia. En el ámbito de la Unión Europea, se ha establecido una Recomendación del Consejo de Ministros de los Estados miembros, para la armonización metodológica de las autopsias medico legales, que afecta a todos los estados miembros y que se adjunta como anexo I, por su interés.

**CONDICIONES REQUERIDAS PARA LA INVESTIGACION NECROPSICA.**  
**MEDIDAS HIGIENICO-SANITARIAS PARA LA PREVENCION DE CONTAGIOS.**  
**DESCRIPCION DE LOS MEDIOS INSTRUMENTALES NECESARIOS.**

Siguiendo a PEREZ DE PETINTO podemos distinguir, para la práctica de las autopsias judiciales, dos órdenes de condiciones: las primeras corresponden al perito médico que las realiza; las segundas a los medios materiales necesarios para su ejecución.

Por lo que respecta a las condiciones del perito, la autopsia debe estar conducida por "un espíritu naturalmente observador, preparado en la técnica y en posesión de los conocimientos teóricos precisos, a fin de estar en condiciones de interpretar adecuadamente los hallazgos que durante la operación necrósica se hagan".

Por otra parte, el médico forense, como fiel e inmediato colaborador del Juez y del Ministerio Público, debe estar en posesión de cuantos antecedentes del caso existan, ya que justamente de estos datos y orientaciones, equiparables al interrogatorio en clínica, se ha de deducir el planteamiento del problema que hay que resolver.

En cuanto, a los medios necesarios par la realización de la autopsia, se refieren al local y a los medios instrumentales.

...1 LOCAL: El ideal consiste en que las autopsias se realicen en pabellones independientes, en los que existirán los siguientes elementos:

...1.1.- Depósito de cadáveres, con su cámara frigorífica y sala de exposición a efectos de reconocimiento de los cadáveres no identificados.

...1.2.- Sala de autopsias con anfiteatro, antesala y vestuario-lavabo.

...1.3.- Laboratorio, repartido en tres departamentos: para los análisis A-P, bacteriológicos y químicos.

...1.4.- Sala de rayos X.

...1.5.- Archivo y biblioteca.

...1.6.- Museo.

...1.7.- Sala de duelos.

Es necesario, asimismo, disponer de los locales adecuados para la dirección y para los servicios administrativos indispensables, así como todas aquellas dependencias para conservar el material de autopsias, proceder a su limpieza, archivar ropas y objetos que llevaran los cadáveres, etc.

Es también muy útil disponer de un equipo fotográfico e incluso cinematográfico, para beneficiarse del material didáctico que las investigaciones necrópsicas son capaces de proporcionar.

...2. PABELLON, en su conjunto, debe estar sometido a rigurosas NORMAS HIGIENICAS, que se harán más estrictas en aquellas dependencias donde se depositen los cadáveres o se trabaje con ellos. En estas, la ventilación estará garantizada mediante extractores, para asegurar la renovación eficiente del aire. La iluminación será suficiente mediante ventanas altas, anchas y en número adecuado. En las habitaciones en donde se depositan los cadáveres, las ventanas estarán provistas de telas metálicas para defender de la entrada de moscas. En la sala de autopsias, el piso y las paredes deben ser lisas y pulimentadas, para lavarlos con facilidad; el primero tendrá una inclinación suficiente para permitir un rápido y completo drenaje del agua de la limpieza. La mesa de autopsias, de piedra o acero inoxidable, debe ser de una longitud aproximada de 2 mts; uno de sus lados puede estar graduado en cm para facilitar la lectura de la talla. Dispondrá de un sistema de ranuras, declives..., que conduzcan los líquidos a un desagüe. En el extremo correspondiente a los pies del cadáver es muy práctico disponer de un depósito lo suficientemente profundo y amplio para lavar las vísceras e instrumentos durante la práctica de la autopsia. Para colocar el instrumental y los distintos objetos que vamos a necesitar durante el curso de la autopsia, es conveniente tener una mesita anexa, cuyo tablero sea metálico o de cristal, para facilitar su limpieza. También es conveniente disponer de otra, para practicar los cortes de las vísceras. El operador debe usar pijamas, batas, gorros, delantales de goma y guantes con que cubrir las manos, como si se tratara de un cirujano. Esta es la única manera de prevenirse personalmente de accidentes y de evitar la propagación de infecciones fuera del local.

...3.- MEDIOS INSTRUMENTALES NECESARIOS: El material requerido para llevar a cabo una autopsia completa es muy variado. Nos limitaremos a la enumeración del material o instrumental, sin aludir a la ropa y medios protectores ya señalados. El instrumental para la autopsia se compone de:

...3.1.-Instrumentos para seccionar partes blandas y cartílagos:

- a) Cuchillos: grandes y pequeños, condrotomo, cerebrótomo, mielótomo, escalpelos ...
- b) Tijeras: grandes y pequeñas; para bronquios, para vasos y conductos; abotonadas, tijeras especiales para corazón, intestinos...

c) Instrumentos necesarios para la sección de huesos: costotómo, legras, sierras (de arco, de lomo, de hilo, de cadena, eléctrica), escoplos (recto, en T, en bayoneta), martillos, pinzas de huesos, raquítomos.

d) Instrumentos de presa: pinzas de disección, de dientes de ratón, de forcipresión, clams o enterostatos, erinas...

e) Instrumentos de medición: regla graduada, doble cecímetro, compás de espesor, cono mensurador para la medición de los orificios valvulares cardiacos, cucharones, copas graduadas, balanza de 5 Kg.

f) Medios de sutura: Agujas rectas y curvas. Hilo.

g) Instrumentos accesorios: navaja barbera, sonda acanalada, estilete, lente de aumento bucales y frascos para recoger vísceras, zócalos de madera, portaobjetos, asas de platino, tubos de ensayo estériles, medios de cultivos, aparatos de rayos X.

### **EL DICTAMEN DE LA AUTOPSIA JUDICIAL: VALORACION JURIDICA DE LA PRUEBA:**

Decíamos al principio del tema que el art. 205 del Código Procesal Penal ordena la práctica de la autopsia en los sumarios instruidos por causa de muerte violenta o sospechosa de criminalidad por los médicos forenses, los cuales, después de describir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen de la muerte y sus circunstancias.

En este sentido el informe pericial comprenderá, si fuera posible, los datos siguientes:

1. Descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo en el estado o del modo en que se halle.
2. Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado.
3. Las conclusiones que en vista de tales datos formulen los peritos, conforme a los principios y reglas de su ciencia o arte.

El dictamen de la autopsia comprende, en consecuencia cuatro partes:

### **...A. DESCRIPCION DEL OBJETO:**

Se refiere este apartado a la descripción detallada, exhaustiva y fidedigna del cadáver en cuanto a su:

- a) Identificación: Talla, sexo, edad, etnia ...
- b) Fecha de la muerte: curso de los fenómenos cadavéricos.
- c) Lesiones externas: heridas, contusiones, hematomas, etc.
- d) Signos correspondientes al medio ambiente en que haya permanecido el cadáver: Fenómenos transformativos, sustancias orgánicas, manchas.

Esta descripción se puede acompañar de fotografías, dibujos, croquis ...

### **...B. RELACION DETALLADA DE LAS OPERACIONES PRACTICADAS:**

El perito debe referirse a la técnica de autopsia practicada y/o modificaciones de la misma, haciendo constar detalladamente los hallazgos significativos encontrados en cada una de las regiones exploradas (hallazgos objetivos):

- a) Livideces: Descripción de los hallazgos obtenidos en las cavidades craneal, toracoabdominal, raquis...
- b) Vísceras: Descripción de los hallazgos en cerebro, corazón, pulmón, hígado, genitales...
- c) Miembros: Descripción de los hallazgos en partes blandas y huesos.
- d) Investigaciones complementarias: Descripción de los hallazgos biológicos (manchas), toxicológicos (sangre, estómago, orina... ) físicos, radiográficos ...

### **...C. VALORACION MEDICO LEGAL:**

El estudio científico y técnico de los hallazgos encontrados, la discusión de éstos, supone la parte fundamental del dictamen de autopsia. Requiere para ello de la consideración de:

- a) Antecedentes y circunstancias del hecho: datos de la encuesta y de los testimonios.
- b) Agrupación sintética de las observaciones m-l.

- c) Argumentación de la interpretación m-l: considerando todas las hipótesis posibles, discutiendo cada una de ellas e indicando las razones que permitan eliminar los rechazables y aceptar la finalmente aceptada.

**El lenguaje empleado debe reunir los requisitos "C.C.C." (Claro, concreto y conciso),** al objeto de que, sin prescindir de su precisión técnica, pueda ser comprendido sin dudas ni ambigüedades por el Ministerio Público y el Juez. Incluirá la justificación de las relaciones entre los hechos que se describen y las conclusiones que se obtienen, con objeto de convencer al Tribunal de las mismas y del fundamento técnico-científico que las apoya.

#### **...D.- CONCLUSIONES MEDICO FORENSES:**

Representan las deducciones que se han obtenido de aquellas valoraciones. Una fórmula comúnmente empleada es: "De los hechos señalados y por los razonamientos anteriormente expuestos, se deducen lógicamente las siguientes conclusiones....", QUE SERAN REDACTADAS UNA TRAS OTRA DE FORMA CLARA, ya sin argumentaciones y una conclusión por cada aseveración que se quiera hacer.

Respecto al epígrafe específico de la VALORACIÓN JURIDICA DE LA PRUEBA, los Jueces y Tribunales apreciarán la prueba pericial según las reglas de la sana crítica, sin estar obligados a sujetarse al dictamen de los peritos.

De esta forma, vemos que la prueba pericial, desde un punto de vista jurídico va a tener un valor informativo, siendo un informe auxiliar para el Juez, el cual no tendrá que sujetarse a dicho dictamen obligatoriamente, pudiendo apreciarlo según las reglas de la sana crítica.

#### **FASES DE LA AUTOPSIA. EL EXAMEN EXTERNO DEL CADAVER. TECNICAS DE APERTURA CADAVERICA. FUNDAMENTOS. LOS TIPOS DE AUTOPSIA A TRAVES DE LOS TIEMPOS. DESCRIPCION DE LOS METODOS DE MATAY VIRCHOW.**

Una vez analizada la importancia de la autopsia, sus legislaciones y los aspectos más interesantes de los requerimientos técnicos para su realización es necesario efectuar el conocimiento de sus fases, técnicas y fundamentos, de gran interés para la determinación de la causa de la muerte y sus circunstancias.

#### **FASES DE LA AUTOPSIA:**

Con la palabra autopsia se expresa la serie de investigaciones que se realiza sobre el cadáver del hombre, encaminada al estudio de las causas de la muerte, tanto directas como indirectas.

- La autopsia m-l, ha de ser siempre completa, procediéndose en su curso a la apertura de las tres grandes cavidades orgánicas: cráneo, tórax y abdomen. El desarrollo de la autopsia m-l comprende siempre dos partes que se completan entre sí, con una importancia no inferior la una de la otra:
  - El examen externo del cadáver.
  - El examen interno, o autopsia propiamente dicha.
- Ahora bien, la autopsia m-l puede decirse que comienza con el examen del cadáver en el propio lugar de los hechos. Examen que formará parte de la diligencia judicial conocida con el nombre de "levantamiento del cadáver". De tal forma, que con los datos recogidos en este examen, más los obtenidos en las fases propias de la autopsia, el m-f en su estudio, podrá llegar a deducciones del más alto interés.
- En este examen del cadáver en el lugar del hecho, como ya se ha analizado en profundidad, los objetivos son ante todo los siguientes:
  - - comprobar la realidad de la muerte.
    - determinar la data de la muerte.
    - Precisar el mecanismo de la muerte.

Como es natural, en este examen no siempre se pueden cubrir totalmente dichos objetivos, pero los datos que en él se recogen condicionan muchas veces los resultados del examen completo del cadáver en la sala de autopsias.

- **Examen externo**: Como posteriormente veremos, comprenderá la inspección meticulosa y detallada del cadáver antes de iniciar la operación anatómica, tomando nota de todas aquellas particularidades que pueden proporcionar indicios relativos a alguna cuestión m-l.
- **Examen interno**: Comprenderá la inspección general de las vísceras y la exploración de éstas y de las cavidades, siguiendo un orden determinado para no omitir el examen de ninguna parte del organismo. El orden en los casos ordinarios es raquis (eventualmente), el cráneo, cuello, tórax, abdomen, aparato genitourinario y extremidades.

#### **EL EXAMEN EXTERNO DEL CADAVER:**

- ◆ El examen externo, como se ha dicho anteriormente, comprende la inspección detallada y meticulosa del cadáver antes de iniciar la operación anatómica, tomando nota de aquellas particularidades que pueden proporcionar indicios relativos a alguna cuestión m-l.

- ◆ Los principales datos que se deducen del examen externo son:

### 1. SIGNOS RELATIVOS A LA IDENTIFICACION DEL CADAVER:

- Se comienza por calcular la edad aparente, determinar la talla y anotar el sexo del cadáver. Los elementos identificativos más a menudo interesados son:
  - Los vestidos y objetos de uso personal.
  - Los caracteres más salientes del retrato hablado.
  - El color y forma del cabello.
  - El color del iris.
  - El estado y peculiaridades de la dentadura.
  - Presencia de cicatrices, tatuajes, estigmas profesionales, malformaciones o deformidades de todo orden, nevus, entre otros.
- En un segundo plano también interesa el grado de desarrollo del esqueleto, del tejido muscular, del adiposo. Si es posible, será conveniente:
  - La determinación de los grupos sanguíneos.
  - Obtención de dactilograma.
  - Fotografía del cadáver, mejor si se obtiene una de frente y otra de perfil.

### 2. SIGNOS RELATIVOS A LA DATA DE LA MUERTE:

- Aún habiendo hecho un cálculo en el momento del levantamiento del cadáver, debe ahora complementarse y ratificarse, investigando el estado en que se encuentran los fenómenos cadavéricos y la putrefacción (si ya existe). También se anotarán si existen insectos o sus larvas, en cuyo caso es conveniente tomar muestras para su determinación entomológica.

### 3. SIGNOS RELATIVOS A LA CAUSA DE LA MUERTE:

- ◆ Aún cuando el diagnóstico de la causa de la muerte exige siempre la autopsia completa, con el examen interno de todas las cavidades, hay

ocasiones en que el examen externo proporciona ya valiosos indicios, que se pueden agrupar en dos apartados: lesiones traumáticas y signos externos de procesos patológicos espontáneos.

a) Lesiones traumáticas: Su cuidadosa descripción y estudio permitirá, además del diagnóstico de la causa de la muerte, la resolución de buen número de problemas m-l de mayor interés: posición de la víctima en el momento de producirse la violencia, diferencia entre Suicidio-Homicidio - Accidente, instrumento causante de la violencia, etc. Deberá hacerse constar:

1. Naturaleza de la lesión (contusión, herida, escara, amputación, deformidad).
2. Región en que radican las lesiones.
3. Número de éstas (si son muchas se emplearán esquemas de la región).
4. Distancia a puntos fijos (relieves óseos, orificios ...) medida con cinta métrica.
5. Forma de la lesión (por esquemas).
6. Dimensiones (se darán exactas y en mm).
7. Dirección de la lesión cutánea (la correspondiente al eje mayor de la misma).
8. Caracteres de los alrededores de la lesión: de sus bordes, de su periferia, de los líquidos que existen.
9. Y por último, si la herida continúa en profundidad, se disecciona por planos para seguir su trayecto (no usar sondas, pues a menudo son origen de falsas vías).

b) Procesos patológicos espontáneos: Su descripción en este momento hará después más comprensible las lesiones internas. Los signos externos de estos procesos, más frecuentes en la práctica, son:

1. Coloraciones anormales (ictericia, metahemoglobinemia, intoxicación CO y cianuro).
2. Desnutrición.
3. Edemas.

4. Varices y úlceras varicosas.
5. Úlceras de decúbito.
6. Procesos sépticos locales.
7. Finalmente, siempre se tendrá que examinar el estado de los orificios naturales del cuerpo, sobre todo boca y ano y en mujeres vulva.

#### **4.- SIGNOS EN RELACION CON EL MEDIO EN QUE HAYA PERMANECIDO EL CADAVER:**

Cuando el cadáver haya permanecido al aire libre no suele haber datos significativos, pero en otros casos, los procesos de momificación, saponificación y maceración, generalizados o localizados, pueden proporcionar orientaciones al respecto. Lo mismo puede decirse en los casos de sepultamiento, en los que el medio supultante puede encontrarse sobre el cadáver.

### **LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL DNA EN MEDICINA LEGAL**

Para que el DNA pueda aplicarse con fines forenses, ha de cumplir una serie de requisitos; estas condiciones son:

...1.- El DNA, como portador de la información genética, se transmite de padres a hijos de acuerdo con los postulados mendelianos. Por ello, en cualquier núcleo celular de cualquier persona, la mitad del DNA presente procede del padre y la otra mitad de la madre.

...2.- El DNA tiene una gran estabilidad en el medio ambiente, siendo posible aislarlo e identificarlo con días, semanas, meses e incluso años de antigüedad.

...3.- Por su presencia en todos los núcleos celulares es posible obtener en el lugar en que ocurrió un hecho delictivo indicios en los que se hallen presentes células que contengan DNA, sobre todo si medió violencia.

...4.- Las largas cadenas de DNA, compuestas por decenas de miles de pares de bases, presentan ciertas zonas en que los pares de bases se repiten de una forma secuencial y determinada, específicas en longitud y localización para cada persona. Por ello el DNA es como una huella dactilar genética específica de cada persona.

## **APLICACIÓN EN MEDICINA FORENSE:**

El polimorfismo del DNA ha revolucionado toda la Biología Forense por su enorme capacidad de resolución que puede ser aplicada a cualquier problema de identificación, y aunque su uso habitual es en la investigación biológica de la paternidad o en el análisis de vestigios biológicos de interés criminal, no hay que olvidar otras posibles aplicaciones en problemas de identificación de restos, identificación de personas, etc.

### **...a.- DNA y Paternidad:**

Con la aplicación del DNA a la investigación de la paternidad, se puede afirmar la paternidad de un padre, sobre un hijo con una probabilidad de un error mínimo, con seguridad hasta ahora con otros medios. Existe, además, otra gran ventaja, derivada de la posibilidad de realizar estudios precoces, incluso desde el mismo momento del nacimiento del hijo, sin necesidad de esperar varios meses o un año, plazo mínimo necesario para conseguir una fiabilidad absoluta con las técnicas clásicas actuales.

### **...b.- DNA e Identificación:**

Con este procedimiento se pretende identificar a una persona sospechosa de haber cometido un delito, comparando los resultados ofrecidos por el análisis de los indicios (semen en una vagina, cabellos en las manos de una víctima, manchas de sangre en el lugar de los hechos, etc.), con los ofrecidos por la investigación del DNA en el sospechoso o sospechosos. Para ello hay que contar con el material recogido en el lugar de los hechos o sobre la víctima que se supone que procede del autor, para compararlo con materiales similares procedentes de la víctima (sí la hubiere) y del sospechoso. En este caso se trata de comprobar si los indicios coinciden con algunos de los sospechosos, lo que permite una identificación positiva y no sólo descartar a un presunto autor.

Las principales ventajas que tiene un criminalística el empleo del DNA son:

- ...1.- La pequeña cantidad de material con que se puede trabajar.
- ...2.- La fiabilidad de los resultados.

Al contrario que en los supuestos de investigación de la paternidad, en los que siempre es posible contar con la cantidad necesaria de sangre procedente de los sujetos que hay que estudiar, en la esfera penal se ha de trabajar en gran parte de las ocasiones con indicios, que a su vez pueden estar en forma de sangre, semen, cabellos o restos de tejidos u otros líquidos orgánicos. EL DNA, se puede extraer con técnicas adecuadas de cualquier de las fuentes mencionadas; de hecho se han conseguido resultados favorables trabajando sólo con 100 ng de DNA, 10-15 cabellos con raíz o menos de 1 g de tejido.

A su vez se ha podido obviar un grave problema que existía en los casos de violación con eyaculación en la vagina. En estos supuestos cuando el médico accede a tomar muestras de los restos de semen en la vagina, éstos están ya contaminados con moco y secreciones de la víctima, lo que dificulta las tareas de reconocimiento individual, al ser imposible dilucidar con los marcadores clásicos al individuo de que procedían. Sin embargo, cuando el material que hay que estudiar es el DNA del agresor, se tiene la ventaja de que éste se halla en el interior del espermatozoide, el cual tiene especial resistencia en ciertos medios, donde las células procedentes de la mujer se lisan. Mediante centrifugación es posible aislar los espermatozoides y eliminar las células femeninas, tras lo cual se procede a lisar aquéllos y trabajar con el DNA que contienen hasta lograr una identificación positiva del individuo. También es posible aplicar la tecnología del DNA en el campo de la identificación del cadáver en casos de grandes catástrofes o en cuerpos que por su avanzado estado de descomposición no dan resultados concluyentes con otros métodos más simples. No es una situación normal, pero es posible actuar siempre que confluyan tres requisitos:

...1.-Que exista una sólida prueba de quién es la víctima.

...2.-Que ésta tenga material válido para efectuar el estudio: cabellos, zonas de tejidos no excesivamente putrefactos.

...3.-Que exista previamente material biológico apto de la presunta víctima (sangre donada o en laboratorios de análisis, semen congelado, cabellos) con el que poder realizar la comparación.

En cuanto al tiempo de antigüedad con el que en un vestigio se puede determinar su patrón de ADN claramente, la mancha de sangre más antigua analizada positivamente fue de 2 años y 6 meses; la mancha de esperma más antigua, de 4 años y 6 meses. El tiempo máximo después de un acto sexual en el que se ha recogido esperma de cavidad vaginal fue de 30 horas, y en saliva tras una violación oral, de 4 horas.

## **EL SUICIDIO Y EL HOMICIDIO. PARAMETROS DE DIAGNOSTICO MUERTE SUICIDA Y HOMICIDA.**

**El suicidio** o acto de disponer uno mismo de su vida, constituye uno de los actos médico forenses con los que tenemos que enfrentarnos en la practica diaria. Es en si mismo, un momento en el que la preparación del forense, adquiere gran importancia, no solo por el interés de la administración de justicia en aclarar las causas y circunstancias de la muerte, si no por los aspectos eticos y morales que lo rodean.

Es una causa bastante frecuente de muerte y en ese sentido tenemos que señalar que constituyen un 30% aproximado de las muertes violentas en un ámbito

judicial como es el de la provincia de Cáceres (España), que tiene unos 400.000 habitantes. En los últimos 10 años murieron en torno a 400 personas, casi siempre ligado a situaciones relacionadas con patologías mentales, vejez, soledad, pérdidas de empleo, situaciones familiares deterioradas, amor contrariado, etc., y con unos mecanismos muy tradicionales según las áreas geográficas y los sexos, de tal manera que la ahorcadura es el mecanismo clásico de suicidio en el hombre y la sumersión el de la mujer. La intoxicación por insecticidas es habitual en las áreas rurales y con riqueza agrícola. Igualmente las estaciones de primavera y de otoño suponen una mayor incidencia de casos. En los últimos tiempos hemos detectado en nuestra casuística el incremento notorio en momentos como la Navidad, en los que los tradicionales mensajes de alegría y reencuentro familiar ejercen un efecto contrario en aquellas personas que no encuentran en su vida esos motivos, si no que además les supone un recordatorio de momentos anteriores en que si los tenían, traduciéndose en cuadros depresivos que llevan en algunos casos a acabar con su vida.

Pero lo que debemos de tener muy en cuenta a la hora de estudiar estos casos, es su diferenciación con etiologías accidentales y fundamentalmente homicidas. Para ello están vigentes todas las indicaciones que se han efectuado en el estudio de la inspección ocular y levantamiento de cadáver, así como en la autopsia, siendo imprescindibles estas diligencias para una correcta resolución de cada caso.

Por lo tanto, entenderemos como elementos básicos para su definición:

...1º.-Un riguroso y sistemático levantamiento de cadáver.

...2º.-Una autopsia clínica completa.

...3º.-Una realización de investigaciones complementarias adecuadas a cada caso, sobre la base de lo descubierto en las diligencias anteriores, tales como pruebas toxicológicas, criminalísticas, biológicas, etc.

Prestaremos por lo tanto una especial atención al conjunto de datos que señalamos a continuación y que nos van a configurar la realidad de una hipótesis suicida u homicida de la muerte.

...1º.- **DATOS INVESTIGACION POLICIAL**: fundamentales en toda investigación, coordinando los esfuerzos con el Ministerio Público y con los Médicos Forenses en todo momento.

...a.- CARTAS: son frecuentes en el suicidio encontrar cartas de despedida de los seres queridos o con exculpaciones o explicando los motivos de la decisión tomada. En estos casos, se impone la realización de un estudio grafológico para cotejar el tipo de escritura del fallecido con escritos anteriores a su muerte o con las firmas existentes en documentos oficiales.

...b.- MANIFESTACIONES DE LOS VECINOS: en ocasiones estos han contemplado los hechos o han detectado situaciones de estados emocionales alterados. Es lógico no darle un valor absoluto, pues puede existir un interés en esa declaración.

...c.- MANIFESTACIONES DE LOS TESTIGOS: actuar de la misma forma señalada para el anterior supuesto es lo adecuado.

## **...2º.- DATOS DEL ESCENARIO**

...a.- PERFECTO ORDEN GENERALMENTE: lo habitual en el suicidio es que no se detecten situaciones de desorden en la vivienda o en el lugar en donde se ha desarrollado, ya que toda la actividad se va a centrar en un punto concreto, fácilmente determinable. No obstante no es un dato absoluto, ya que determinadas formas homicidas pueden efectuarse con gran "limpieza".

...b.- PUERTAS CERRADAS POR DENTRO: también es habitual encontrarnos con las puertas de la vivienda cerrada, ya que el suicida normalmente busca momentos en los que se encuentra solo o se "bunqueriza" para que nadie altere el "momento" en que ha decidido acabar con su vida. Tampoco es absoluto pues en casos de mucha elaboración de un homicidio puede reproducirse esta situación para "engañar" a los investigadores. Para ello es interesante que se valore quien dispone de acceso y llaves de la vivienda.

...c.- LITURGIA PRESUICIDA: Es conocido entre los que trabajamos investigando suicidios el ver como existe una metodología previa al momento de la decisión y en la decisión en si: desayunar, comer normalmente, dejar la dentadura en un lugar cercano, los objetos personales, la preparación del lugar de forma que todo sea lo mas rápido posible encontrandonos sillas, escaleras, tijeras o cuchillos utilizados, etc.

...d.- ARMAS SUICIDAS JUNTO O CERCANAS CADAVER: suele ser lo lógico que encontremos los elementos utilizados para el suicidio próximos al cadaver, tales como escopetas, cuchillos, etc.

## **...3º.- DATOS DE LOS VESTIDOS**

...a.- ORDEN VESTIDOS: Las ropas suelen estar perfectamente ordenadas, lo mas que podemos encontrar son las ropas desabrochadas o retiradas, para dejar libre una zona de disparo o de acceso a un arma blanca o cuerdas.

...b.- NO ROTURAS NI DESGARRAMIENTOS: solamente en aquellos casos en que no se desarrolle según lo señalado en el punto anterior, encontraremos roturas que se corresponden perfectamente con las lesiones corporales, tanto en localización como en intensidad. En aquellos casos en que el suicidio sea efectuado con un mecanismo con gran componente móvil, como la precipitación o similares, veremos una gran afectación de la ropa.

#### **...4º.- DATOS DEL CADAVER**

...a.- AUSENCIA DE SEÑALES DEFENSA O LUCHA: clásicas en las muertes homicidas con oposición de la víctima. En el suicidio estarán ausentes, ya que las lesiones tendrán unas características muy definidas.

...b.- LESIONES EN LUGARES DE ELECCIÓN SUICIDA: y perfectamente accesibles para el suicida, circunstancia importante de valorar en el levantamiento de cadaver. Los sitios de elección suicida suelen ser por su frecuencia: MUÑECAS, SIEN, CUELLO, BOCA, encontrandonos las lesiones normalmente AGRUPADAS en un punto.

...c.- CON LESIONES DE PRUEBA: habitual hacer intentos previos que evalúan el "dolor", como en el deguello suicida, en el que junto a la incisión mortal hallaremos varios cortes superficiales o de menor intensidad, a diferencia del homicida en el que existe un solo corte. El deguello suicida se inicia normalmente en el cuello por debajo del lobulo de la oreja siguiendo un trayecto descendente y acabando en el centro del cuello. Si el suicida es diestro el inicio es en la cara lateral izquierda del cuello y si es zurdo al revés, por lo que es un dato de comprobación en la investigación. El deguello homicida es horizontal, abarca a todo el cuello y el corte es único.

...d.- FENÓMENOS CADAVERICOS: ESPASMO-RIGIDEZ: Es un dato muy interesante de valorar, ya que se constituye en patognomónico de una muerte suicida. El espasmo o rigidez localizada, se produce en muertes muy violentas, como las de arma blanca y reproduce la última posición que tuvo una parte del cuerpo, por ejemplo las manos. Es interesante en estos casos ver como todavía la mano sostiene una pistola utilizada como arma suicida, estando el resto del cuerpo flácido, hecho irrepetible intencionalmente para ocultar un homicidio como suicidio.

#### **...5º.- DATOS PSIQUIATRICOS**

...a.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS: Es una investigación que siempre tenemos que realizar ante un suicidio. Si señaláramos

anteriormente que la enfermedad mental es la causa mas frecuente, parece lógico efectuar un estudio de los antecedentes del sujeto, bien a través de la familia, vecinos, en relación a como se encontraba en los días anteriores y en los hospitales, por si se ha efectuado algún tipo de tratamiento de esta índole. Su existencia será un elemento mas de apoyo para establecer la raiz suicida, aunque su ausencia no será en modo alguno una causa para no considerarla.

## **PARAMETROS DIAGNOSTICO MUERTE HOMICIDA**

El homicidio o acto e dar muerte a otra persona, es una de las grandes y abominables lacras de la sociedad. En relación a lo que estudiabamos con anterioridad y para establecer esos criterios diferenciadores tan importantes en medicina forense y en la investigación procesal tendremos varios parametros que conjuntamente valorados pueden orientarnos a una hipotesis homicida de un hecho. Entre ellos:

### **...1º.- MOVILES DEL CRIMEN.-**

...a.- AMOR CONTRARIADO: la existencia de fracasos en la relación de pareja, se constituye frecuentemente como una causa de primer orden. Siempre será uno de los elementos de estudio en la investigación y en caso de crímenes en los que se objetive en el levantamiento de cadáver una elevada intensidad pasional se deberá de tener en cuenta esta posibilidad y tener a los compañeros sentimentales como sospechosos.

...b.- CELOS: Muy frecuente y en relación con el anterior caso, son aplicables las aseveraciones efectuadas. Valorar la posible existencia de enfermedades que determinen la posible existencia de esos celos, según lo señalado en el suicidio es un dato que también debemos de confirmar, pues la paranoia es una alteración grave que puede cursar con celotipias y el alcoholismo crónico puede generar el delirio de celos de los bebedores.

...c.- ODIO: Clásica causa de homicidio, por ello es lógico que se investigue estas relaciones deterioradas.

...d.- TRAFICO DROGAS : Los ajustes de cuentas son habituales en este campo.

### **...2º.- DATOS DEL ESCENARIO.-**

...a.- DESORDEN GENERAL CON ROTURAS: lógicamente nos encontramos con las situaciones inversas que las halladas en el suicidio, en el sentido de grandes destrozos en la vivienda o lugar de los hechos, salvo en los que se he efectuado de forma muy elaborada,

con ciertas formas homicidas o mediando la sorpresa sin capacidad de defensa.

...b.- HABITACIÓN NO CERRADA: es lo habitual, salvo un caso en el cual se ha perpetrado con gran elaboración e intentando ocultar los hechos como un suicidio.

...c.- NO PRESENCIA DE ARMAS: normalmente los objetos utilizados en el homicidio no suelen estar presentes junto al fallecido. En los casos de elevada carga pasional en los que la elaboración no ha sido mucha o en los casos en que la raíz mental del delito es clara si podemos hallarlos. Es interesante conocer que en los casos de homicidio mediante ahorcadura, en el cual se intenta ocultar este hecho simulando un suicidio, reconocer el punto en donde se fija la cuerda es importante, ya que si el fallecido se encontraba drogado o muerto por estrangulación, para ser izado se necesita que se tire de la cuerda fuertemente a modo de polea, con lo cual en el lugar por donde la cuerda se apoya va labrando un surco que no es reproducible en un suicidio.

### **...3º.- EXAMEN DE LOS VESTIDOS.-**

...a.- DESORDEN: El desorden de los vestidos suele ser habitualmente un signo importante para apoyar la causa homicida, si bien no puede aceptarse en modo alguno como único. Su valoración en el contexto global es lo realmente adecuado.

...b.- ROTURAS: Salvo las matizaciones ya señaladas, un escenario de los hechos muy alterado, habla en principio de una etiología medico legal homicida.

...c.- MANCHAS: la existencia de manchas de calzado, sangre, etc., por varios lugares de la vivienda o lugar es un indicativo mas de homicidio. Estas deberan de ser marcadas adecuadamente, fotografiadas y recogidas por personas expertas, para su análisis y valoración posterior, pues en ellas puede estar la resolución de un hecho o la implicación de una persona.

### **...4º.- EXAMEN DEL CADAVER.-**

...a.- LESIONES NO TIPICAS SUICIDAS: es decir en cualquier localización corporal, no agrupadas, sin estar habitualmente ubicadas en zonas de elección.

...b.- LESIONES DEFENSA O LUCHA: en los casos en que se produce una oposición de la víctima, se van a producir lesiones denominadas de "defensa o lucha" de vital importancia en la

valoración medico forense y legal del hecho. Estas lesiones reproducen a veces objetos con enorme nitidez, así como nos hablan de la dinámica lesiva, posiciones de los contendientes... Es fundamental fotografiarlas de inmediato, para poderlas analizar posteriormente en cuanto a su forma, así como efectuar estudios de vitalidad o postmortalidad. Son claves en la emisión de un diagnóstico de muerte homicida. Analizar las uñas es fundamental por poder hallarse en su interior restos epidérmicos del autor.

...c.- LESIONES NORMALMENTE MÚLTIPLES: es habitual que sean muchas las lesiones halladas, aunque no es un dato absoluto, pues en determinados tipos de muerte homicida podemos encontrarnos una sola herida, como por ejemplo las de arma de fuego, en las cuales habrá que estudiar la distancia de disparo, dirección, etc. Que nos confirmen que no se ha podido efectuar por una misma persona.

...d.- NO SIGNOS CADAVERICOS DE ESPASMO: Es irreproducible el espasmo cadavérico, de tal forma que la clásica colocación de un arma en las manos de una persona muerta de forma homicida, para enmascararla como un suicidio, no será válida si un avezado investigador es el que valora este dato. Es posible que acabe empuñando el arma, pero no de forma localizada sino generalizada, con lo cual excluiríamos el espasmo típico.

...e.- DATOS DE LOS FENÓMENOS CADAVERICOS: como pueden ser livideces cadavéricas en dos sitios diferentes, como consecuencia de haberse movilizado un cuerpo tras haberse fijado las primeras y que sugiere el hecho que tras haber dado muerte a alguien el autor del crimen ha vuelto al escenario de los hechos y ha modificado la posición del cadáver.

### **...5º.- EXAMEN DEL SOSPECHOSO.-**

...a.- LESIONES: ARAÑAZOS, CONTUSIONES, CORTES: fundamental su reconocimiento, pues en la defensa o lucha, el agresor puede sufrir también lesiones, con similar morfología y data que son importantes para su implicación, sobre todo cuando estas no son justificables por otra causa.

...b.- DESGARROS ROPAS: Por la misma razón anterior, es un dato a valorar. También las huellas que dejan zapatos.

...c.- MANCHAS DE SANGRE U OTROS FLUIDOS: De vital importancia pues en su cuerpo o ropas hallaremos restos de sangre, pelos, fibras, etc., del fallecido que van a determinar su presencia en el lugar de los hechos. De la misma forma que restos de sangre suya o pelos u otros fluidos pueden hallarse en el lugar de los hechos por lo

cual es importantísimo que se efectúe una prueba de identificación de los mismos, incluyendo pruebas de ADN que van a ser tremendamente definitorias.

Vemos pues que no existen signos únicos que nos determinen la etiología medico legal y que para ello será necesario un estudio de múltiples parámetros y una investigación sistemática por expertos investigadores, tanto policiales como forenses coordinados por el Ministerio Publico.

### **TOXICOMANIAS. TIPOS DE DROGAS. LA ADICCIÓN Y SUS TRASTORNOS.**

El consumo de drogas de abuso, entendidas estas como aquellas sustancias químicas que se consumen sin fines terapéuticos, como señala Luna Maldonado, constituye uno de los grandes problemas de la sociedad actual. La gran cantidad de personas fallecidas por reacciones adversas a estas sustancias, así como la enorme influencia sobre el medio laboral, familiar y social que estas tienen hacen que su estudio sea obligado. Además de ello, supone la causa de un sinnúmero de diligencias judiciales, al ser la causa directa o indirecta de frecuentes delitos. Por ello vamos a estudiarlas, desde el punto de vista de su diagnóstico y la influencia que estas tienen sobre las facultades de conocer y de querer en el momento de la comisión delictiva.

Antes debemos no obstante definir dos conceptos claves en su estudio como son:

...Dependencia.

...Tolerancia.

Por **DEPENDENCIA** entendemos aquella situación de una persona en la cual no puede estar sin el consumo de una sustancia, es el deseo de consumir la droga, situación conocida como "craving", ya que por un acostumbamiento reiterado a la misma se han producido determinantes metabólicas que hacen que al no tener la sustancia se produzcan alteraciones físicas o psíquicas. Lógicamente con el consumo de ellas desaparece esa sintomatología. Hemos dicho que existen dos tipos de dependencia, la física, en la cual la sintomatología que se presenta es eminentemente en esa esfera, con manifestaciones encuadradas en el denominado **síndrome de abstinencia**, entendiéndolo como tal a un estado de adaptación a la droga, caracterizado por intensos trastornos físicos que se desencadenan cuando se suspende la administración, y que podemos graduar en

...Grado 0(inespecífico): solicitud de droga, ¿ansiedad?

...Grado 1 (dudoso): lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración

...Grado 2 (ligero): midriasis, piloerección, escalofríos, temblores, dolores musculares, dolores óseos...

...Grado 3 (mediano, no llamativo): taquicardia, fiebre, hipertensión

...Grado 4 (Intenso): facies febril, retorcimientos, vómitos.

En cuanto a la dependencia psíquica, el dependiente presenta trastornos conductuales, no sintiéndose en condiciones para desarrollar actividades normales sin el consumo previo de la droga.

El diagnóstico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes al menos tres de las siguientes seis características, según CONSENSO SEP. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO OTRAS DEPENDENCIAS:

...a.- Deseo intenso o vivencia de compulsión para consumir la sustancia, el conocido como "craving".

...b.- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, controlar el comienzo, poder finalizarlo o controlar la cantidad consumida.

...c.- Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia que ocurren tras la disminución o cese del consumo, se confirman porque estos son los característicos del síndrome de abstinencia o porque se consume la sustancia para aliviarlos o evitarlos.

...d.- Tolerancia, señalada por el aumento de la dosis para alcanzar los mismos efectos.

...e.- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

...f.- Persistencia en el consumo, a pesar de evidentes consecuencias perjudiciales.

Por **TOLERANCIA**, conocemos aquella situación de acostumbramiento progresivo de un organismo a una sustancia administrada reiteradamente, de tal manera que con el tiempo para conseguir el mismo efecto que al principio necesita aumentar la dosis.

Estos dos fenómenos descritos son clásicos en el consumo de este tipo de sustancias, con lo que el paciente se va a ver "prisionero" de ellas, y configurándose como la máxima prioridad para él, siendo enormemente compleja su deshabitación e introduciéndose en un círculo de consumo que a veces le lleva a la muerte, cuando no a la cárcel o a la total desestructuración de su entorno familiar, laboral o social.

## CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS DE ABUSO.-

Existen un sinnúmero de sustancias que podríamos catalogar como drogas de abuso, vamos a sistematizarlas para su estudio de la forma que a continuación se señala, si bien hay que destacar que las listas únicas del convenio sobre sustancias psicotropas y la convención sobre sustancias estupefacientes son permanentemente actualizadas (anexo), por lo cual, nos limitaremos a clasificarlas con fines didácticos en:

...a.- Depresoras del sistema nervioso central:

...1.- alcohol.

...2.- opiáceos.

...2.1.-naturales: morfina, codeína.

...2.2.-Semisintéticos: heroína

...2.3.-Sintéticos: metadona, meperidina, fentanilo, buprenorfina.

...3.- Tranquilizantes menores: benzodiazepinas

...b.- Estimulantes del sistema nervioso central:

...1.- mayores: anfetaminas, cocaína, crack

...2.- menores: café, té, tabaco

...c.- alucinógenos o psicodislépticos: LSD, mescalina, cannabioles.

...d.- otras: fenciclidina, inhalantes, drogas de síntesis (éxtasis).

## **PRINCIPALES SUSTANCIAS Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

### **...1º.- OPIACEOS.**

Se clasifican en:

...1.-naturales: morfina, codeína.

...2.-Semisintéticos: el más importante es la heroína.

...3.-Sintéticos: como la metadona, la meperidina, el fentanilo, la buprenorfina, entre otros.

Se usan en su aplicación a la medicina habitualmente como analgésicos, anestésicos, espasmolíticos, antitusígenos y antidiarreicos. Su vía de administración es múltiple: oral, aspiración, inhalación y rectal, parenteral (intravenosa, intramuscular o subcutánea).

Tienen una enorme capacidad de generar dependencia física y psíquica, al igual que tolerancia, produciendo un enorme riesgo de muerte por reacción adversa. En el DSM IV se establecen los criterios que definen una **intoxicación por opiáceos**:

...a.- cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotora, alteración de la capacidad de juicio, deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después el consumo de opiáceos.

...b.- miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno o más de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:

...a.- somnolencia o coma

...b.- lenguaje farfulleante

...c.- deterioro de la atención o de la memoria.

...d.- estos síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros trastornos catalogados en el DSM IV (se adjunta anexo) como relacionados con el consumo de opiáceos además del ya estudiado, son los siguientes:

...Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas.

...Abstinencia de opiáceos

...Delirium por intoxicación por opiáceos

...Trastorno psicótico inducido por opiáceos con ideas delirantes o alucinaciones..

...Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos

...Trastorno sexual inducido por opiáceos

...Trastorno del sueño inducido por opiáceos

### **...2º.- CANNABINOLES.**

Derivado de la cannabis sativa, variedad indica, su actividad principal es euforizante y relajante. Alucinógeno a grandes dosis. Tiene diferentes formas de preparaciones:

...hierba: mezcla de hojas y tallos: marihuana.

...resina: hachís.

...aceite: aceite de hachís.

Posee una dependencia psíquica moderada y poca dependencia física. Genera tolerancia pequeña. Su vía de administración es la oral o mediante el fumado. Se absorbe muy rápido por esta vía. La intoxicación por cannabis, según el DSM IV cursa con:

...a.- cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo.

...b.- Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 h. del consumo de cannabis:

...1. Inyección conjuntival.

...2. Aumento del apetito.

...3. Sequedad de la boca.

...4. Taquicardia.

...c.- Los síntomas no son debidos a enfermedad medica alguna, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### **...3º.- COCAINA.**

Se extrae de las hojas de coca, tiene propiedades anestésicas locales, aunque ha sido abandonada esa utilidad. Gisbert establece que la intoxicación aguda por esta sustancia da lugar a un cuadro complejo, en el que destacan:

...1.- Síntomas psíquicos: Excitación, agitación con llantos y risas, locuacidad, confusión mental, desorientación y ansiedad.

...2.- Trastornos físicos: midriasis, alteraciones de la visión, hipertermia, anestias, parestias, hipertensión, taquicardia, temblores, vómitos, entre otros.

Su vía habitual de consumo es mediante el esnifado de la droga, circunstancia que permite evaluar consumos mediante el examen del tabique nasal, en donde se apreciaran restos de la droga o daños en el tabique.

#### ...4º.- LSD.

Se obtiene sintéticamente a partir del ácido lisérgico abundante en los hongos claviceps paspali que parasitan cereales (cornezuelo de centeno). Se utiliza como alucinógeno y se administra vía oral o intramuscular. La dependencia psicológica es escasa y no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia. Se absorbe rápidamente por vía oral. Sus efectos van a comenzar a los 30-40 minutos y duran unas 8-12 h., con un pico de máxima intensidad hacia 1-3 horas. Produce:

...a.- **Síntomas físicos:** Midriasis, hipertensión, taquicardia, piloerección, nauseas, temblores, hiperreflexia, debilidad muscular, hipertermia.

...b.- **Efectos psíquicos:** Sensación de tensión interna (descarga en risa o en llanto), ilusiones visuales, alteraciones afectivas, alteración de la apreciación subjetiva del tiempo, modificación de los límites de la individualidad.

### **La experiencia psicodélica cursa con unas fases que vamos a sistematizar de la forma siguiente:**

#### ...1. Partida:

...Comienza a los 30 minutos de la administración.

...Dura dos horas.

...Provoca alteraciones neurovegetativas.

...Euforia y abatimiento.

...bajo control emocional

...Desinhibición.

#### ...2. Viaje:

...5 horas tras la administración.

...Modificaciones sensoriales: ilusiones, alucinaciones.

...Sensación de liberación.

...Profusión de ideas.

...Sensación de ausencia total del cuerpo o de fusión con el universo.

...Terror, pánico.

...3. Vuelta:

...A las 8 horas.

...Estado depresivo.

### **LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN DEL MEDICO FORENSE CON OCASIÓN DE ESTOS CONSUMOS.**

La actuación de los médicos forenses se hace imprescindible para un correcto diagnóstico de las drogodependencias y de sus posibles síndromes de abstinencia, ya que estas situaciones van a condicionar la actuación menoscabando las facultades de conocer y de querer.

Para ello es importante que el Ministerio Público ante autores de delitos o víctimas que han consumido sustancias, acuerde el reconocimiento para valorar la adicción, su intensidad y la posible aparición de síndromes de abstinencia.

El médico forense desarrollara el reconocimiento en el cual prestara especial atención a:

...a.- **la anamnesis** o historia general de una persona, incluyendo:

...antecedentes familiares

...Antecedentes personales: con especial atención al consumo: inicio, tipos, sustancias, vías de administración, tratamientos de deshabitación, etc. Así como la existencia de otros diagnósticos como enfermedades mentales o derivadas del consumo de drogas: hepatitis, VIH...

...b.- **Valoración sobre el estado actual y desde el punto de vista físico y psíquico**, con:

...Exploración física completa: analizando las vías de administración con los posibles estigmas de consumo, etc.

...Exploración psíquica completa: con especial interés en las repercusiones en el psiquismo ya señaladas en las principales sustancias.

**...c.- Exploraciones complementarias:**

...Análisis de sangre: que nos va a permitir analizar el consumo inmediato, es decir en el último día o dos días a lo sumo.

...Análisis de humor vítreo: solo en fallecidos: consumos recientes en el tiempo antes de morir.

...Análisis de orina: utilizándose la primera orina de la mañana, por su mayor concentración y que nos permite diagnosticar consumos anteriores a la toma de la muestra en el plazo de 1 semana aproximadamente, según sustancias, como por ejemplo:

...Opiáceos	1-3 días
...Cocaína	1-2 días
...Benzodiacepinas	7 días
...Barbitúricos	4 días
...Anfetaminas	2-4 días
...Metadona	1-3 días

..Análisis de cabello: Es una prueba de gran interés dado que nos permite cuantificar el consumo de sustancias a largo plazo, según la longitud del pelo de la cabeza. Si el pelo crece al ritmo de 1 cm al mes, estaremos valorando en el caso de cabellos de 15 cm, los últimos quince meses anteriores a la toma de la muestra, con lo cual veremos lo importante que es esta prueba pues nos permite valorar el estado de drogadicción incluso en momentos concretos y con relación a un delito cometido. En España esta prueba se ha sistematizado en el reconocimiento a drogodependientes dándonos unos muy buenos resultados.

Esta valoración forense de la drogadicción ayudara de forma definitiva a conocer cual era la situación concreta de una persona en el momento de la comisión de un delito y por lo tanto a adecuar la sentencia a la situación real que mantenía en ese momento.

\*Se adjuntan anexos sobre las drogas de síntesis y esquemas de fácil uso sobre las principales drogas existentes.

\*Se adjunta protocolo de reconocimiento a drogodependientes.

- Luna Maldonado. Medicina legal y toxicología. Gisbert. Salvat.
- Consenso SEP. Diagnostico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias.

**INTOXICACIONES ORIGINADAS POR EL ALCOHOL ETILICO. ETIOLOGIA, CON ESPECIAL REFERENCIA A SU RELACION CON LOS ACCIDENTES DE TRAFICO Y A LA COMISIÓN DE OTROS DELITOS. METABOLISMO, MECANISMO DE ACCION Y TOXICIDAD, DIAGNOSTICO.-**

Con carácter previo a la exposición del tema que nos ocupa, es preciso resaltar la importancia del mismo:

En primera lugar, por su trascendencia social, dadas las repercusiones económicas, profesionales, familiares y de toda índole que provoca la embriaguez.

En 2º lugar, por su importancia judicial, ya que el alcohol es un factor criminógeno de primer orden, y además es capaz de engendrar de modo específico determinados delitos, siendo los accidentes de tráfico los más importantes, tanto desde el punto de vista numérico como por la gravedad de sus consecuencias.

En tercer lugar, por su importancia m-l, ya que el m-f deberá intervenir:

- En el vivo: para el seguimiento de las lesiones a través de los correspondientes reconocimientos y emisión de informes.
- En el cadáver: para la práctica de la autopsia y la determinación de la causa de la muerte y sus circunstancias.

Comenzamos el estudio del tema con la etiología de la intoxicación alcohólica, con especial referencia a los accidentes de tráfico.

ETIOLOGIA.- El alcoholismo es uno de los problemas sanitarios más importantes, no sólo en nuestro país, sino en la mayoría de los países de Occidente, siendo el responsable de múltiples consecuencias patológicas, entre ellas un numero creciente y espectacular de accidentes de tráfico.

El alcohol es un líquido aromático y combustible, que procede de la fermentación de sustancias azucaradas, del almidón y de la celulosa. Es el elemento activo de las bebidas espirituosas y alcohólicas.

Puede dar lugar a:

- Intoxicación común

- Intoxicación profesional

I/ INTOXICACION COMUN: es el resultado de la ingestión de bebidas alcohólicas en cantidad variable, bien de forma esporádica o de forma habitual, dando lugar a intoxicación aguda en el primer caso, o a intoxicación crónica en el segundo

a) La Intoxicación aguda puede presentarse en:

- Forma leve: es la llamada embriaguez, de escaso interés clínico, pero de gran importancia criminalística y medico-legal.
- Forma grave: es excepcional, aunque en algunos casos puede constituir directamente la causa de la muerte.

b) La Intoxicación crónica es de gran importancia clínica y psiquiátrica, dada la gran variedad de cuadros que presenta: somáticos (gastritis, cirrosis, encefalopatía ...) y psíquicos (delirium tremens, celotipia, demencia ...)

II/ INTOXICACION PROFESIONAL: Es debido a la inhalación de vapores de alcohol en ambientes de trabajo (refinarías, bodegas, fábricas de seda artificial, de sombreros de fieltro, ...).

Sus cuadros son superponibles a los de la intoxicación común.

La exposición del tema que nos ocupa se centrará en la intoxicación alcohólica aguda, con especial atención a los problemas m-l que plantea en la práctica, y su gran incidencia en los accidentes de tráfico.

La legislación contempla las consecuencias de la embriaguez en los diferentes campos del Derecho, y que podemos resumir en los siguientes puntos.

1.- La embriaguez aguda "no buscada de propósito para delinquir", puede constituir una circunstancia eximente de responsabilidad penal, al entrar en la consideración de TMT . Tal calificación le corresponde a la embriaguez patológica.

2.- La embriaguez "no habitual", siempre que no se haya producido con propósito de delinquir", constituye circunstancia atenuante de responsabilidad penal.

3.- Respecto a la seguridad del tráfico, hemos de considerar:

I/ Que los C.Penales suelen sancionar al que conduce un vehículo de motor bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

II/ Que los códigos de la Circulación:

- a) Prohíbe en países como España, conducir con una tasa de alcohol en sangre mayor de 0,5 g/1000 c.c. y aun inferior a la misma cuando así esté prescrito para determinados conductores en las normas que específicamente les sean de aplicación.
- b) Pueden ser requeridas a someterse a las pruebas que la autoridad o sus agentes indiquen para comprobar el grado de alcoholemia:
- cualquier usuario de la vía implicado directamente en un accidente de tráfico.
  - Todo conductor en el que concurre alguna de las siguientes circunstancias:
    - Síntomas evidentes de estar bajo la influencia de bebidas alcohólicas.
    - Sea requerido al efecto dentro del marco de controles preventivos de alcoholemia.
- c) Las pruebas de alcoholemia se realizarán mediante la utilización de alcohómetros oficialmente autorizados.

4.- La embriaguez de la víctima puede ser causa de justificación de algunas situaciones que, en otro caso, constituirían delito.

5.- En la jurisdicción laboral, la embriaguez es también de gran importancia m-l, ya que los accidentes laborales que ocurren bajo el efecto del alcohol, pueden hacer perder todo derecho a indemnización, y por otra parte, la embriaguez habitual puede ser causa justa de despido.

6.- La embriaguez aguda constituye, en algunas ocasiones, la causa de la muerte.

Todas estas cuestiones jurídicas plantean al m-f un conjunto de problemas m-l que se reduce, en la mayoría de los casos, al Diagnóstico de la embriaguez y su intensidad.

Una vez analizadas las diferentes situaciones creadas por la embriaguez y su resonancia jurídica, es preciso considerar las:

#### FUENTES DE INTOXICACION ALCOHOLICA:

Las fuentes de intoxicación del alcoholismo agudo están constituidas por las bebidas espirituosas o alcohólicas, que según su grado de concentración de alcohol, se dividen en tres grupos:

1.- Bebidas débilmente alcohólicas: el porcentaje de alcohol oscila entre el 1-8 %. En este grupo se incluyen: cerveza y sidra.

2.- Bebidas medianamente alcohólicas: el grado de alcohol oscila entre 10-20 %. En este grupo se incluyen los vinos, desde los ordinarios de mesa (10-12°) hasta los vinos generosos (15-20°), como el jerez, oporto, vermut, Málaga.

3.- Bebidas fuertemente alcohólicas: en la obtención de éstas bebidas se suceden 2 fases: una primera, de fermentación, seguida de una destilación del producto de la fermentación, que se enriquece considerablemente la fermentación alcohólica.

En este grupo se incluyen: coñac, anís, ron, whisky, vodka, aguardientes, cremas, ... El grado alcohólico alcanza hasta 40-50%.

Terminada la exposición de las diversas fuentes de intoxicación etílica, es preciso analizar la fisiopatología, considerando en primer lugar el metabolismo del alcohol etílico para pasar luego al mecanismo de acción del mismo.

## **METABOLISMO DEL ALCOHOL ETILICO.-**

### **1.- ABSORCION.-**

1.- Vía digestiva: es la vía más frecuente de intoxicación etílica. El mecanismo de absorción se realiza por difusión pasiva, siguiendo la Ley de FICK.

El alcohol pasa a sangre y de ahí se incorpora a la circulación general. Todo el alcohol ingerido pasa a la sangre entre 30-60 minutos después de la ingestión. En alguna circunstancia puede retrasarse hasta un máximo de 3 horas.

La velocidad de absorción está condicionada por:

- Factores que modifican la evacuación gástrica.
- Factores que modifican la velocidad de difusión.

2.- Vía pulmonar: de interés en exposición profesional (bodegueras, perfumistas ...) y, más recientemente, en drogadictos.

3. Vía cutánea: es excepcional. Podría tener interés en casos de frías de alcohol en superficies extensas y en los niños.

### **2.- DISTRIBUCION.-**

Una vez el alcohol es distribuido por todo el organismo, se establece un proceso de difusión hística que vendrá regulado por 2 factores: la concentración de agua y la de alcohol con respecto a la sangre.

La concentración de alcohol en esta fase de distribución dependerá de la fase en que se encuentre el proceso:

1.- Absorción: depende de muchos factores, entre ellos, del número de libaciones. Suponiendo una única libación con el estómago vacío, a los 60 minutos todo el alcohol ha pasado a la sangre. La pendiente de la recta +\_ empinada, en función de la velocidad de difusión.

2.- Equilibrio de difusión: una vez el alcohol llega a la sangre, difunde a los tejidos según la riqueza en agua de los líquidos extra e intracelulares.

Llega un momento en que se produce un punto de equilibrio que puede ser un vértice o una meseta, según el comienzo del catabolismo.

3.- Eliminación: el 95% del alcohol se metaboliza por oxidación, y un 5% se elimina sin modificar por distintos órganos.

La curva de la alcoholemia sintetiza los procesos indicados, y es de gran interés m-l porque representa la evolución de la concentración del alcohol en la sangre en el periodo de tiempo que sigue a la ingestión, hasta la catabolización total.

### 3. EXCRECION.-

1.- Eliminación pulmonar: como mecanismo de eliminación tiene escaso interés, pero desde el punto de vista analítico y judicial es de gran importancia, ya que los métodos de análisis incruentos se basan en la determinación de alcohol en el aire espirado.

2.- Eliminación urinaria: la concentración de alcohol en orina depende de la alcoholemia, pero ésta cambia continuamente y de la de la orina no lo hace.

3.- Eliminación por la saliva: la cantidad excretada es ínfima, aunque su interés analítico es el mismo que el de la orina.

4.- Eliminación por la leche: esta vía de eliminación debe tenerse en cuenta en los casos de madres lactantes.

### 4. CATABOLISMO DEL ALCOHOL.-

El 90-95% del alcohol presente en el organismo se metaboliza por un proceso de oxidación. Este proceso es uniforme para cada individuo, y no se modifica por el trabajo muscular, la temperatura ambiente ni la concentración del alcohol presente en ese momento en los tejidos.

1.- La 1ª etapa: se produce la formación de acetaldehído, que se lleva a cabo por 3 vías diferentes:

- Vía de la Alcohol Deshidrogenasa (ADH): este enzima está presente en numerosos tejidos, pero sobre todo en hígado. La ADH también metaboliza la conversión del metanol en ácido fórmico, pero es mayor su afinidad por el alcohol etílico que por el metanol.

Esta vía es la más utilizada en bebedores ocasionales.

- MEOS: es el sistema microsomal de oxidación del etanol, que no es específico y el proceso es el mismo que para la oxidación de las drogas.

Este sistema se pone en marcha en los consumidores reiterados de etanol.

- Vía de las catalasas: se encuentran especialmente en los microsomas hepáticos. No es una vía específica y puede actuar sobre otros alcoholes.

2.- La 2ª etapa: el acetaldehído se metaboliza a ácido acético en una reacción catalizada por la acetaldehído-deshidrogenasa (ALDH). No es una vía específica.

Los efectos metabólicos del etanol se traducen en:

- Hipoglucemia (que puede ir precedida de una hiperglucemia transitoria).
- Acidosis.
- Síntesis de ácidos grasos libres y TGC y oxidación de ácidos grasos libres con depósito de grasas en los tejidos y degeneración grasa.
- Alteraciones en el metabolismo.

### **MECANISMO DE ACCION.-**

El alcohol actúa por mecanismos mixtos. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

- Alteración de la composición y fluidez de la membrana.

Producción de hipoxia: que agrava el daño del hepatocito.

- Deficiencia de metabolitos esenciales e inhibición de enzimas.
- Producción de intermediarios reactivos:
  - A través del acetaldehído.
  - A través de la fracción que se metaboliza en el sistema microsomal

## **TOXICIDAD.-**

Las dosis tóxicas del alcohol etílico son variables con las circunstancias individuales y, más especialmente con el acostumbramiento del sujeto. No obstante, la experimentación y la clínica permiten conocer los valores medios de su toxicidad, aún cuando sólo sea a título de orientación.

La ingestión de 1,20 o 1,50 gr. de alcohol/Kg., produce embriaguez en las 3/4 partes de los sujetos. Superadas estas cifras, la embriaguez es la regla, pero si la cantidad ingerida llega a 5 ó 6 gr./Kg. la intoxicación puede ser mortal.

Precisando aún más diremos que la ingestión de 0,75 gr de alcohol absoluto/kg. induce trastornos de la conducta cuando se trata de funciones delicadas; las dosis mortales son siempre mayores a 4 gr./Kg., excepto en los niños, que poseen mayor sensibilidad.

## **DIAGNOSTICO CLINICO.-**

Una vez finalizada la exposición de las dosis tóxicas del alcohol etílico, pasaremos a analizar el diagnóstico clínico, considerando en primer lugar la clínica de la embriaguez patológica para pasar en segundo término a los métodos clínicos que desde el punto de vista m-l tienen interés.

### **I/ CLINICA DE LA EMBRIAGUEZ.-**

Nos limitaremos a sus efectos sobre el SNC, a los que pertenecen las repercusiones en la conducta.

Las manifestaciones clínicas aparecen en un orden secuencial, como resultado de la impregnación sucesiva de los centros nerviosos.

Desde un punto de vista más m-l que clínico, podemos distinguir 4 fases en la evolución de la embriaguez:

#### **Primera fase:**

Hay un estado de excitación y euforia que inducen a las imprudencias, favorecidas por un notable grado de indiferencia frente a los resultados de las propias acciones, lo que implica una pérdida del autocontrol.

Existe un enlentecimiento en la respuesta a los estímulos sensoriales, es decir, el sujeto no dispone de sus reacciones de manejo de la situación.

Se producen alteraciones visuales de gran trascendencia, como la interferencia en la visión binocular que dificulta la percepción correcta de las distancias y velocidades, así como el defecto en la acomodación de la visión a los cambios de luz, por lo que deja un momento de ceguera cuando el ojo pasa de un

estímulo luminoso intenso a una relativa oscuridad (fenómeno de deslumbramiento).

Por todo ello, en esta fase se acentúa considerablemente el riesgo de los delitos de circulación, y ello aún cuando el sujeto no está embriagado en el sentido habitual de la palabra.

#### Segunda Fase:

Se caracteriza por la anulación de la acción inhibitoria de los Centros superiores, como consecuencia de lo cual hay una alteración de la conducta de los individuos, que en esta fase obedecen a los dictados de sus emociones y deseos inconscientes.

Hay una liberación de impulsos primitivos, y se producen trastornos de la afectividad, en el sentido de la irritabilidad y de la excitabilidad y, en un primer plano, una exaltación del erotismo.

La autocrítica está abolida, y la agresividad es muchas veces manifiesta.

El tiempo de reacción está claramente alargada, y se aprecia una cierta falta de garbo y una incoordinación de los movimientos más finos y diestros, lo que se exterioriza en ligeras alteraciones de la palabra y de los movimientos más finos de los dedos.

Es la fase de los delitos contra las personas, incluidos los atentados contra el pudor.

#### Tercera fase:

Se hacen notorios los síntomas narcóticos: las funciones sensitivas y motoras están profundamente afectadas. Las percepciones sensoriales están muy disminuidas y alteradas; la marcha está considerablemente interferida (tambaleo y caída); la palabra se hace gruesa y farfullante.

Hay somnolencia, que se convierte a menudo en profundo sopor.

Según el grado de afectación, en esta fase se pueden producir diversos tipos de infracciones, aunque predominan, sobre todo en los casos más avanzados: escándalos, desobediencia y, en general, los abandonos de obligaciones.

#### Cuarta fase:

Se trata de un estado en el que la narcosis alcanza la totalidad del SN, entrando el sujeto en coma, con respiración estertorea, lo que indica la iniciación de la parálisis del centro respiratorio.

Si la evolución es favorable, el coma se transforma poco a poco en su sueño profundo del que se recupera espontáneamente el sujeto en 8 a 10 horas. Si el coma se prolonga más de 10 horas, el pronóstico se hace sombrío y puede terminar con la vida del intoxicado.

## II/ DIAGNOSTICO DE LA EMBRIAGUEZ.-

Para responder a las diversas exigencias judiciales respecto a la embriaguez, el perito debe establecer no sólo la naturaleza del cuadro clínico y su profundidad, sino también su origen.

Analizaremos a continuación los métodos clínicos, ya que los bioquímicos son objeto de estudio en otro tema del programa.

### Métodos clínicos.-

El diagnóstico de la embriaguez ofrece dificultades. No hay ningún síntoma aislado que sea peculiar del alcoholismo. Por otra parte, la resistencia individual frente al tóxico es muy variable, por lo que el juicio, en cada caso concreto, debe ser prudente.

A efectos m-l, debe considerarse "embriagada" a la persona que se encuentra bajo la influencia del alcohol en grado tal que hay llegado a perder el control de sus facultades, de modo que resulte incapaz de ejecutar con acierto su ocupación habitual.

Así, habrá que determinar:

- Si la persona ha consumido alcohol recientemente.
- Si está bajo la influencia del alcohol de tal forma que ha perdido el control de sus facultades.
- Si su estado puede deberse a un estado patológico que origine síntomas semejantes a los de la embriaguez.

#### 1.- Prueba de consumo reciente de alcohol:

La única prueba práctica a este respecto es el olor a líquidos alcohólicos en el aliento y en las materias vomitadas en su caso.

Esto tiene las siguientes salvedades:

- La intensidad del olor variará con la naturaleza del líquido consumido, así como con el tiempo transcurrido desde la ingestión.
- Algunas sustancias pueden desfigurar, atenuar o intensificar tal olor.

- Por último, dicha percepción depende de la sensibilidad olfativa de quien lo explora.

## 2.- Prueba de la pérdida de control de las facultades

No existe ninguna prueba aislada que, en sí misma, justifique al médico a decidir que la cantidad de alcohol consumida ha originado la pérdida del control de sus facultades a la persona examinada.

Una conclusión correcta sólo se puede lograr considerando una combinación de varias pruebas y observaciones, tales como las siguientes:

- Conducta general: insolencia, lenguaje injurioso, locuacidad, excitación o indiferencia.
- Estado de los vestidos: desorden y suciedad de los mismos.
- Forma de andar, sentarse o levantarse o recoge runa lápiz o monedas del suelo
- Carácter de la palabra: voz vacilante y ronca, con la articulación dificultosa.
- Caracteres de la respiración y, especialmente, presencia de hipo.
- Temblor, así como errores de la coordinación y orientación.
- Memoria: pérdida o confusión de la memoria, especialmente de los hechos recientes, interesando sobre todo la apreciación del tiempo, que es lo mas afectado.
- Lengua seca, saburral o, alternativamente, salivación excesiva.
- Conjuntivas: irritación o sufusión conjuntival.
- Pupilas: dilatadas o contraídas; isocóricas o anisocóricas; es frecuente la presencia de nistagmus.

## 3.- Estados patológicos capaces de simular una intoxicación alcohólica

Entre las enfermedades que pueden simular síntomas semejantes a los de la intoxicación etílica se encuentran:

- Fiebres graves.
- Lesiones inflamatorias agudas del cerebro o de las meninges.

- Otras lesiones menos agudas del SNC.
- Alteraciones mentales y nerviosas.
- Secuelas de lesiones traumáticas craneales.
- Efectos agudos de drogas distintos del alcohol.
- Efectos crónicos de otras medicaciones.
- Pérdida excesiva de sangre.
- Autointoxicación.
- Acidosis ...

El diagnóstico deberá hacerse tras una anamnesis minuciosa, exploración física completa y exámenes complementarios oportunos.

Es interesante conocer la sintomatología clínica asociada a una cantidad determinada de alcohol consumido, si bien hay que tener en cuenta los aspectos personales de cada uno y que podríamos sistematizar siguiendo la clasificación recogida en *Fundamentos del análisis Toxicológico-Forense. Interpretación de resultados. Valoración médico Forense de la Autopsia* de la siguiente forma:

#### NIVELES DE ALCOHOL EN SANGRE Y CORRELACIÓN SINTOMÁTICA

...1º.- Alcoholemia entre 0.10-0.50 g/l: **Sobriedad.**

- No se detectan aparentemente alteraciones.
- Comportamiento dentro de lo normal a la simple observación
- Pequeños cambios comportamentales detectables por test especiales.

...2º.- Alcoholemia entre 0.30-1.20 g/l: **Euforia**

- Euforia leve
- Aumento de la sociabilidad
- Locuacidad
- Incremento de la confianza en si mismo
- Disminución de las inhibiciones

-Disminución de la atención, juicio y control.

-Alteración en la eficacia de la resolución de tareas manuales delicadas.

...3º.- Alcoholemia entre 0.90-2.25 g/l: **Excitación**

-Inestabilidad emocional.

-Disminución de las inhibiciones

-Alteración de la capacidad de juicio

-Deterioro en la memoria y comprensión

-Disminución en la respuesta a estímulos sensoriales

-Incremento del tiempo de reacción.

-Incoordinación muscular

...4º.- Alcoholemia entre 1.80-3.00 g/l: **Confusión**

-Desorientación

-Confusión mental, vértigos

-Estados emocionales exagerados (temor, enfado, tristeza...)

-Perturbación de las sensaciones (diplopia) de las percepciones.

-Disminución de la sensación de dolor

-Alteraciones del equilibrio

-Incoordinación motora

-Marcha tambaleante

-Lenguaje mal articulado (farfullante)

...5º.- Alcoholemia entre 2.70-4.00 g/l: **Estupor**

-Apatía

-Inercia próxima a la parálisis

-Marcada disminución de la respuesta a estímulos

-Incoordinación muscular con incapacidad para andar y permanecer de pie de forma estable.

-Vómitos, incontinencia de orina y heces.

-Deterioro de la conciencia, sueño, estupor.

...6º.- Alcholemla entre 3.50-5.00 g/l: **Coma**

- Depresión o abolición de los reflejos, inconsciencia, coma, anestesia.
- Temperatura por debajo de lo normal.
- Incontinencia de heces y orina
- Trastornos en la circulación y respiración. Posible muerte.

...7º.- Alcholemla por encima de 4.50 g/l: **Muerte**

- Muerte por parálisis respiratoria.

**DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA. CLASIFICACION DE LAS PRUEBAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL ALCOHOL ETÍLICO Y CRITICA DE LAS MISMAS. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOO. MARCADORES BIOLIOGICOS RELACIONADOS CON EL METABOLISMO DEL ALCOHOL.-**

El diagnóstico clínico ya estudiado se deberá completar con el diagnóstico bioquímico, mediante la dosificación del alcohol en la sangre o en otros humores orgánicos de donde deducir la impregnación alcohólica. Entre estos métodos tenemos

- Métodos bioquímicos:

**...a.- Métodos incruentos.**

**...b.- Métodos Cruentos.**

...a.- **Métodos Incruentos:** Tienen como finalidad la de eliminar las objeciones que se plantean a la extracción de sangre para la realización de análisis y que van a recaer en: Orina, saliva, aire espirado.

...1º.- Orina: Que tiene como gran ventaja su Inocuidad. Su inconveniente es que la concentración de alcohol obtenida no coincide con la de la sangre en el momento de la micción por lo que se aconseja no usarla. De usarla, se desecha la 1ª micción total y 30 minutos después se recoge la micción y se analiza.

...2º.- Saliva: La concentración de alcohol es igual a la de la sangre. Su problema es que da causas de error y que la determinación no es posible hasta 2-3 horas post-ingesta, y que puede haber falsos resultados por la fermentación bacteriana.

...3º.- Determinación de alcohol en aire espirado: Método oficial en España. La determinación del alcohol en el aire espirado se basa en los siguientes principios:

A partir de 15 minutos después de haber ingerido una bebida alcohólica, la concentración de alcohol en el aire espirado refleja la concentración de alcohol en la sangre circulante a través de los pulmones. Existen varios tipos de alcohómetros:

...**Alcotest "Drager"**: Destinado para la 1ª prueba o de evaluación simple. Consta de:

...3.1.- Bolsa de material plástico transparente: que al ser llenada con el aliento del explorado.

...3.2.- Tubitos de cristal con el reactivo: Que aparece en forma de cristales impregnados con una solución sulfocrómica.

...3.3.- Boquillas de un solo uso: a través de las cuales sopla el sujeto.

Para su realización: Asegurarse que el sujeto no haya ingerido alcohol ni bebidas aromáticas 15 minutos antes de hacer la prueba.

- Si no ha sido así, se demorará la prueba, durante el cual el sujeto no debe fumar, ni beber, ni comer, tan solo enjuagarse la boca con agua corriente.
- Se hace soplar al sujeto por la boquilla hasta que la bolsa de plástico esté completamente hinchada; se dejan pasar 3 minutos y se observa si ha habido cambio de coloración en el reactivo contenido en el tubito.
- Si el color del reactivo pasa de amarillo a verde, en su mitad distal, la prueba es positiva, indicando que la alcoholemia del sujeto es, al menos, de 0,5 g %.

...**Alcometer "Bench"**: es una prueba cuantitativa:

Los resultados obtenidos tienen un error de  $\pm 5\%$  y tienen valor legal. Determina directamente la cantidad de alcohol en 1 c.c. de aire alveolar. No se ve afectado por otras sustancias aromáticas presentes en el aliento

...**b.- Métodos cruentos:**

El análisis recae en la sangre y según la que se necesita podemos denominarlos como:

...Macrométodos que requieren 10 c.c. de sangre.

...Semimicrométodos que requiere 2 c.c.: y que utiliza la espectrometría como técnica analítica. Son los mas utilizados

...Micrométodos que requieren décimas de c.c. y que utiliza la cromatografía como técnica analítica.

La toma de muestras ha de hacerse según la normativa vigente o las normas aceptadas internacionalmente y se debe de efectuar sistemáticamente una punción directa de vasos venosos, sin desinfectar la zona con alcohol ni productos yodados y recogiendo 5 ml de sangre venosa en tubo completamente lleno y sin dejar cámara de aire. Se adiciona como conservante 50 mg de Fluoruro sódico, que se conservará en frigorífico si se retarda el envío, debiendo de estar el frasco herméticamente cerrado, ya que de no ser así la muestra va a deteriorarse irremisiblemente. Es imprescindible que se anote la hora de la extracción, nombre y apellidos, remitiéndose lo antes posible al laboratorio con oficio y cadena de custodia.

cohol.

### **Valoración medico forense de la alcoholemia.-**

Se debe de hacer con exquisita prudencia para cubrir las posibles diferencias individuales de sensibilidad frente al alcohol. Teniendo en cuenta que los métodos químicos dosifican como alcohol las sustancias reductoras volátiles presentes en la sangre, es por lo que no se toman en consideración las cifras analíticas bajas que pudieran corresponder a este origen.

Conclusiones generalmente aceptadas de la valoración m-l de la alcoholemia.

...1º.- Alcoholemia inferior a 0,5 g% c.c. de sangre: no indica necesariamente que el sujeto haya consumido bebidas alcohólicas.

...2º.- Entre 0,5-1 g%: Las posibilidades de que haya intoxicación van aumentando, pero sin que existan alteraciones clínicas y qué grado.

...3º.- Entre 1 y 2 g%: Fase ebriosa de la intoxicación etílica.

Para ser valorada jurídicamente; debe ir acompañada de los correspondientes signos clínicos de la intoxicación, es decir que debido a las diferencias individuales deben coincidir los datos clínicos y los bioquímicos para establecer el diagnóstico de embriaguez.

...4º.- Por encima de 2 g%: Puede afirmarse la realidad de la embriaguez, aún en ausencia de todo dato clínico.

6.- 4-5 g%: Se encuentran clínicamente durante el citado de *coma alcohólico*.

7.- Superior a 5 g%: La mayoría de los autores justifican el diagnóstico de fallecimiento por alcoholismo agudo.

Ante estas cifras: el resultado bioquímico debe completarse con el **diagnóstico clínico**, o dadas las limitaciones de la práctica, con los datos testificales sobre su comportamiento, conducta y estado, para formar un juicio médico legal sobre la presencia o ausencia de embriaguez y su grado.

El diagnóstico por lo tanto debe ser clínico y bioquímico.

Para nosotros, todo individuo que en el momento de la comisión de los hechos presenta alcoholemia mayor de 2 g % debe considerarse bajo los efectos del alcohol, y por tanto beneficiarse de la atenuante o de la eximente (según el caso).

**Un aspecto a analizar muy importante también es el diagnóstico de la Intoxicación alcohólica en el cadáver:**

Para ello es fundamental la correcta toma de muestras: pudiendo efectuarse en contenido gástrico, corazón derecho, vena femoral y humor vítreo.

Tras sus resultados se pueden dar respuestas a muchos interrogantes:

...En ausencia de otras lesiones. La [ letal mínima exigible ] 4 g %

...Por encima de 3 g %: Intoxicación severa, con depresión de centros nerviosos y respiratorios.

...Variaciones postmortem del alcohol: Pueden producirse 2 situaciones:

...Pérdida de alcohol: Pérdida de alcohol: Por evaporación (cámara de aire en el tubo de la muestra) o por oxidación microbiana.

...Ganancia de alcohol: Alcohol endógeno producido postmortem.

**Deducciones m-l de la curva de alcoholemia:**

Esta curva representa la evolución de la concentración de alcohol en sangre desde su ingesta hasta su catabolización total.

Como cálculo retrospectivo (Gisbert Calabuig), puede facilitarnos informaciones útiles cuando se nos solicita una determinación de una alcoholemia a posteriori y siempre en relación a la situación que mantenía un sujeto varias horas antes de su realización. Para ello es imprescindible:

...a.- Que el sujeto haya ingerido realmente bebidas alcohólicas (alcoholemia de partida mayor de 0,5 g %).

...b.- Que nos encontremos en la fase descendente de la curva, es decir, una vez concluida la fase absorptiva. La máxima seguridad es a las 3 horas después de la última libación si el estómago estaba lleno, y a los 60 minutos si estaba vacío.

La curva de alcoholemia nos permite unas deducciones útiles en la práctica m-f.:

### 1.- Cantidad total de alcohol presente en el órgano:

$$A = p.r.c$$

A: Cantidad de alcohol presente en la totalidad del órgano que queremos averiguar, expresada en gr

P: Peso corporal en Kg

C: alcohol en sangre → g/Kg.

R: Coeficiente de compensación, de la diferentes distribución del alcohol en los diferentes tejidos.

$$\text{Hombres} = 0,68 \pm 0,085$$

$$\text{Mujeres} = 0,55 \pm 0,055$$

### 2.- Determinación de una alcoholemia anterior.

$$Co = Ct + \beta t$$

Co: [ Alcohol ] en sangre en el momento de cometerse los hechos.

Ct: alcoholemia en el momento t (correspondiente a la extracción.).

T: tiempos transcurrido entre ambos.

$\beta$ : Coeficiente de etiloxidación:

$$\text{Hombres} = 0,0025 \pm 0,00056$$

**Mujeres = 0,0026 ± 0,00037**

**3.- Cantidad total de alcohol en el órgano en un momento anterior**

$$A = p.r.c ; C = co; Co = Ct+ \beta t$$

$$A = p.r (Ct + \beta t)$$

**Marcadores biológicos de consumo de alcohol.-**

El consumo crónico de alcohol va a producir una modificación de diferentes funciones biológicas (algunas fluctúan a tenor del consumo o abstinencia), lo cual nos va a permitir que en una analítica de las que se efectúan habitualmente en la clínica podamos tener datos que nos van a informar sobre ese posible consumo.

Entre los datos analíticos tenemos:

...1º.- Elevación enzimas hepáticas: ALT/GPT (alanin-amino-transferasa), AST/GOT (Aspartato-amino-transferasa) y GGT (gamma-glutanil-transpeptidasa).

...2º.- Alteración del VCM (Volumen corpuscular medio).

...3º.-Aumento de Transferrina Carbohidrato Deficiente. De gran valor, pero muy cara su determinación.

**Las más sensibles son el aumento de GGT:** altamente específica para detección de posibles alcohólicos. También como marcador de la ingesta de alcohol, pues existe correlación entre los niveles de GGT y alcohol. Posiblemente uno de los mejores indicadores de consumo, además de ser barata y fácil. Sus limitaciones son las enfermedades con hepatopatía no alcohólica, o tratamientos con hidantoínas, barbitúricos, hormonas tiroideas que pueden dar falsos positivos.

Vuelve rápidamente a la normalidad después de 48 horas de abstinencia y un aumento del 50% se traduce en una fuerte evidencia de reinicio del consumo en un paciente previamente abstinentes. En general se encuentra aumentada en un 70-80% de los pacientes alcohólicos, respondiendo a consumos de alcohol de 40-60 g/día.

**En cuanto al volumen corpuscular medio (VCM):** Parece que el aumento de VCM se debe a una acción directa del alcohol en el desarrollo de los eritroblastos. Esta alteración se presenta en el 75-90 % de los pacientes alcohólicos, como respuesta a una dosis igual o mayor de 60 g/día. El VCM tarda varias semanas en regresar a los niveles basales tras la abstinencia. Estos marcadores se deben utilizar en conjunto con otras pruebas diagnósticas y no como únicos.

Por último la transferrina deficiente en carbohidratos, de gran valor, tiene el problema de su costo y de la técnica analítica más especializada.

### **TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL. CUADROS CLINICOS, EVOLUCION Y TRATAMIENTO. ASPECTOS MEDICO FORENSES.-**

Con relación a este apartado del tema es preciso resaltar la importancia del mismo dada la frecuencia con que se consume alcohol y las elevadas cifras de alcoholismo con importantes repercusiones familiares, laborales y sociales y de toda índole, siendo numerosas las infracciones cometidas por estos sujetos y fundamental la intervención del medico-forense para determinar la imputabilidad y capacidad civil de las mismas.

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del SNC utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbimortalidad considerable. En algún momento de la vida cerca del 90% de los adultos ha tenido alguna experiencia con el alcohol y un número importante ha tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (por ej, conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resaca). Por fortuna a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprender a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso del alcohol.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) en su edición de 1995, clasifica los trastornos relacionados con el alcohol en:

\*Trastornos por consumo de alcohol

Dependencia del alcohol

Abuso del alcohol

\*Trastornos inducidos por el alcohol

Intoxicación por el alcohol.

Abstinencia de alcohol.

Delirium por intox de alcohol

" por abstinencia de alcohol (delirium tremens).

Demencia persistente inducida por el alcohol.

Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol (síndrome Wernicke-Korsakoff).

Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes (delirios de celos)

Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones (alucinosis alcohólica).

Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol.

Trastorno de ansiedad.

Trastorno sexual.

Trastorno del sueño.

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

### TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL.-

#### **Dependencia del alcohol.-**

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. Además se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras su consumo prolongado.

Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia mientras que sólo cerca del 5% de los sujetos con dependencia lo experimentan siempre.

Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias adversas físicas o psicológicas.

#### **Abuso de Alcohol.-**

El abuso de alcohol lo podemos definir como el consumo recurrente de éste que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa con afectación de la actividad escolar y del rendimiento laboral. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas peligrosas) y el alcohol puede causar problemas legales (arrestos por comportamiento escandaloso o conducir bajo los efectos del alcohol).

Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea (discusiones con la mujer, abuso de los hijos, etc).

Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, deberíamos considerar el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

Debemos hacer una mención especial respecto a las características del consumo prolongada del alcohol en cuanto al hábito alcohólico, trastornos somáticos, analíticos y caracteriológicos.

**Hábito alcohólico:** el alcoholismo prolongado se caracteriza exteriormente por presentar una facies típica (congestiva, conjuntivas inyectadas y subictéricas) hálito especial (olor aromático que recuerda a la acetona) expresión entre confusa y excitada, palabra insegura, paso inestable, temblor de manos y transpiración fácil, desnutrición general.

**Trastornos somáticos:** la ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar a casi todos los órganos.

Sistema gastrointestinal: son habituales los síntomas de tipo gástrico (anorexia, náuseas, por gastritis irritativa), úlceras de estómago y duodeno; entéricos (diarreas) por cuadro carencial, hepáticos (pesadez en hipcondrio derecho, hepatomegalia por hepatitis grasas o cirrosis de tipo atrófico). La insuficiencia hepática será fundamental en la génesis de las alteraciones encefálicas.

Cuadro neurológico: caracterizado por la disartria, marcha atáxica, temblor fino, rápido y distal (manos y lengua), polineuritis alcohólica (dolores musculares, parestesias, atrofas musculares, arreflexia rotuliana ...)

**Trastornos en la analítica:** un indicador sensible del consumo abundante y prolongado de alcohol es la elevación de la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT).

El volumen corpuscular medio (VCM) puede estar elevado (por deficiencias de algunas vitaminas o por el efecto tóxico del alcohol sobre la eritropoyesis). La transaminasa glutamicooxalacética (GOT) y las fosfatasas alcalinas pueden revelar lesión hepática. Por disminución de la glucogénesis se puede ver una elevación de los lípidos en sangre (triglicéridos y colesterol). Aunque la prueba más fiable para medir el consumo de alcohol es la determinación de éste en sangre. Otro sensor de primer orden es la determinación de la transferrina deficiente en carbohidratos, que nos va a dar unos datos de vital importancia para el diagnóstico del problema.

**Trastornos caracteriológicos:** los iniciales pueden ser muy variados, pero en las fases finales van a tener un carácter uniforme.

El "carácter alcohólico" se manifiesta por un progresivo deterioro de la personalidad en sus diferentes planos (instintivo-afectivo y volitivo-intelectivo), manifiesto a través de los trastornos de su conducta y del rendimiento social y mental.

1.- Impulsividad: Se halla exacerbada, sobre todo en cuanto permite satisfacer su tendencia étlica y en la medida en que no encuentra las naturales inhibiciones de las instancias superiores de la personalidad. Mientras el instinto libidinoso se exagera (erotismo) decrece la potencia sexual (impotencia coeundi).

2.- Afectividad: Es probablemente la esfera más afectada al comienzo: hiperemotividad, labilidad afectiva, irritabilidad, egocentrismo, celos, falta de ética, despreocupación, indiferencia, ausencia de responsabilidad.

3.- voluntad: se halla netamente quebrantada, el sujeto pierde la capacidad de continencia y de abstinencia. Puede decirse con propiedad que el sujeto ha perdido la libertad frente a la bebida. En este sentido el alcoholismo es un auténtico enfermo mental, independientemente de sus manifestaciones psicóticas.

4.- Inteligencia: se va afectando progresivamente; es un principio los trastornos se refieren a las "funciones previas": dificultad de atención y falta de memoria, sobre todo. Inmediatamente se traduce en un descenso del rendimiento laboral y social.

Las funciones mentales superiores (capacidad de juicio, raciocinio...) pueden conservarse durante mucho tiempo, pero finalmente también se deterioran (demencia alcohólica). En su evolución sufren tanto las funciones intelectuales de base como las funciones mentales superiores, abocándose, finalmente, al estado de demencia alcohólica ya mencionado.

5.- Conducta: la conducta del alcohólico es fiel exponente de su déficit caracteriológico. Traduce sobre todo, la liberación de los impulsos (agresividad), la labilidad emotiva (sentimentalismo), la labilidad de sus afectos (crisis coléricas), la pérdida de su voluntad (dependencia del alcohol) y el deterioro de su inteligencia (decadencia social).

Para revalorizar la decadencia de su personalidad busca su rehabilitación en los escaños inferiores de la sociedad, para al final, en un progresivo despeño, perder pie en la misma cima de la escala social.

## **TRASTORNOS INDUCIDOS POR EL ALCOHOL.-**

### **INTOXICACION POR EL ALCOHOL.**

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo

(sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional ..) que se presenta durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después.

### **ABSTINENCIA DE ALCOHOL.**

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. El síndrome de abstinencia incluye alguno de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudoración, pulsaciones por encima de 100) aumento del temblor distal de las manos, insomnio, náuseas, vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis epilépticas (el 30% de los sujetos sufren crisis de gran mal).

Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del SNC.

Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en sangre disminuyen bruscamente (por ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida; sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo (por ej., unos días). Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanza un mayor intensidad durante el 2º día de abstinencia y mejoran de forma marcada al 4-5 día.

A los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses. El síndrome de abstinencia puede darse como hemos visto con alteraciones perceptivas (auditivas visuales o táctiles) siempre que posea un juicio de realidad intacto, es decir, que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por el alcohol y no representan la realidad externa, en caso contrario se trataría de un trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones.

### **DELIRIUM POR INTOXICACIÓN POR ALCOHOL.**

La característica fundamental va a ser la presencia de una alteración de la conciencia (por ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención con un cambio en las funciones cognoscitivas (déficit de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o la presencia de una alteración perceptiva que no tenga otro origen. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas-días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. También deberemos demostrar que están relacionados etimológicamente el delirio con la exposición al alcohol.

### **DELIRIUM POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL (delirium tremens).**

Es la manifestación aguda más grave que puede observarse en los alcohólicos habituales. Cuando aparece este delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada (insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, hipoglucemia, alteraciones electrolíticas ...).

Consiste en un síndrome de excitación psíquica con desorientación espacial y temporal, violentas alucinaciones, preferentemente visuales y táctiles, confusión mental y numerosos síntomas corporales, entre los que destaca el temblor y los sudores profusos.

El cuadro evoluciona en pocos días hacia la curación o la muerte. Para el diagnóstico diferencial de este cuadro son de valor los signos que señalamos:

...1.- El predominio visual y táctil de las alucinaciones, que tienen un carácter elemental, dinámico y terrorífico-fantástico.

...2.- El estado crepuscular de la conciencia, en virtud del cual se hace factible la conservación de la orientación autopsíquica y el reconocimiento de las personas amigas.

...3.- La casi constante agitación de estos enfermos, en la que hay intensas reminiscencias de sus ocupaciones habituales (delirio ocupacional).

...4.- Su gran sugestibilidad.

...5.- El grave trastorno de la memoria de fijación. A veces, a partir de éste se instaura un síndrome de Korsakoff.

### **DEMENCIA PERSISTENTE INDUCIDA POR EL ALCOHOL.**

Los síntomas que se asocian a la demencia persistente inducida por el alcohol son los que se asocian a las demencias en general.

Habitualmente este trastorno presenta un inicio insidioso y una lenta progresión. Los déficits son permanentes con frecuencia y pueden empeorar incluso con el abandono del alcohol, aunque algunos casos mejoran.

La presencia de déficit cognitivo se manifiesta por deterioro de la memoria (aprender nueva información o recordar la adquirida previamente) unido a afasia (alteración del lenguaje) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos), alteración de la actividad de ejecución (planificación, organización, secuenciación y abstracción). Los deterioros cognitivos provocan un deterioro significativo de la actividad laboral y social y representan una merma importante del

nivel previo de actividad. Habrá que demostrar a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio que estos déficits están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de alcohol.

### **TRASTORNO AMNESICO PERSISTENTE INDUCIDO POR EL ALCOHOL.**

Los criterios para llegar a este criterio serán los siguientes:

El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.

La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social, y representa una merma del nivel previo de actividad.

La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o una demencia y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia del alcohol.

Se deberá demostrar, a través de la historia, exploración física o de las pruebas de laboratorio, que esta alteración es un efecto directo del alcohol.

El T.A.P.I. por alcohol aparentemente es debido a la deficiencia de vitaminas asociado al consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol.

Entre los síntomas asociados se encuentran alteraciones neurológicas como neuropatía periférica, ataxia cerebelosa y miopatía. El T.A.P.I. por alcohol debido a la deficiencia de tiamina (S. Korsakoff) con frecuencia es una continuación de un episodio agudo de encefalopatía de Wernicke, enfermedad que se manifiesta por confusión, ataxia, anomalías del movimiento de los ojos (mirada fija, nistagmo) y otros signos neurológicos. Estas manifestaciones disminuyen gradualmente, mientras que el deterioro de la memoria perdura. Si la encefalopatía de Wernicke es tratada con dosis altas de vitaminas, puede que no aparezca el T.A.P.

Aunque la forma de comienzo típica es brusca, algunos sujetos desarrollan el déficit de forma insidiosa durante años debido a los efectos del alcohol y al déficit nutricional, antes de presentar el dramático deterioro relacionado con el déficit de tiamina. Una vez establecido el T.A.P. lo habitual es que se mantenga indefinidamente, aunque puede haber ligeras mejorías con el paso del tiempo o remitir en algunos casos. Normalmente, el deterioro es muy acusado y los sujetos requieren cuidados especiales a lo largo de su vida.

## **T. PSICOTICO INDUCIDO POR EL ALCOHOL, CON IDEAS DELIRANTES O CON ALUCINACIONES.**

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por alcohol es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes (no se deben incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por el alcohol).

Debemos demostrar por la historia clínica, la exploración física o por las pruebas de laboratorio, que la alteración está etiológicamente relacionada con el alcohol.

Esta alteración no debe explicarse mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por el alcohol (se inicien antes del consumo, persistan más de un mes, historias de episodios recidivantes no relacionados con alcohol). La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Respecto a la **ALUCINOSIS ALCOHOLICA**, debemos decir que predominan las alucinaciones auditivas y auditivo-motrices, sobre las cuales se elabora posteriormente un delirio a base de concepciones interpretativas morbosas de tipo persecutorio, manteniéndose a lo largo del proceso la lucidez del conocimiento.

El cuadro psicótico estalla casi siempre con cierta brusquedad y hay escasa construcción de las ideas delirantes que serán superficiales y pobres en sistematización.

Es bastante característico la mezcla de una distimia angustiosa con ligeros períodos de histeria y agitación que recuerdan al S. Hipomaniaco.

Debemos hacer una mención especial también al **DELIRIO DE CELOS (CELOPATIA DEL BEBEDOR)**.

Será típica la cronicidad de su evolución aunque con exacerbaciones ocasionales y accesionales.

En este delirio juega un papel importante en la psicogenia, la situación psíquica del bebedor respecto de su mujer, derivado, de un lado, de su sentimiento íntimo de culpabilidad y, de otro, de ella impotencia sexual que progresivamente se va acentuando.

Como síntomas típicos tenemos:

...1.- La violencia nocturna de los accesos coincidiendo con la sobrecarga alcohólica.

...2.- El carácter siempre agresivo, verbal o motor, del delirio.

...3.- La fijación de las reacciones exclusivamente sobre la mujer y no sobre los supuestos amantes.

...4.- La progresiva extensión de las interpretaciones y las instituciones delirantes hasta alcanzar un carácter de ilogismo que presupone una grave falta de autocrítica y del juicio de realidad.

Es un Síndrome altamente peligroso, terminando casi todos ellos con la agresión homicida hacia el cónyuge, realizada con un ensañamiento brutal.

### **TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO INDUCIDO POR EL ALCOHOL.**

La característica esencial del trastorno del ánimo inducido por el alcohol es una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos del alcohol. La alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de interés o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

La alteración no debe explicarse mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por el alcohol (los síntomas preceden al inicio del consumo de alcohol, persisten más un mes después de la intoxicación o abstinencia o existan episodios recidivantes previos).

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirio. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Debemos especificar si aparecen síntomas depresivos, maníacos o mixtos, así como si aparecen durante la intoxicación o durante la abstinencia.

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR EL ALCOHOL.**

La característica esencial de este tipo de trastorno, es la existencia de síntomas de ansiedad, de crisis de angustia o de un cuadro obsesivo-compulsivo que se consideren secundario a los efectos fisiológicos directos del alcohol.

A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas del laboratorio, se deberá demostrar que estos síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el mes siguiente.

La alteración no deberá explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por el alcohol (síntomas anteriores al consumo, persisten más de un mes o existen episodios recidivantes no relacionados con el alcohol). La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. La alteración provoca un malestar clínicamente significativamente o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se debe especificar se predomina la ansiedad generalizada, las crisis de angustias, los síntomas obsesivos-compulsivos o los síntomas fóbicos, así como si se inician durante la intoxicación o durante la abstinencia.

### **TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR EL ALCOHOL.**

La característica esencial de este trastorno, consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca un malestar acusado o dificultad en las relaciones.

El trastorno puede alterar el deseo (ambos sexos) y la excitación sexual (ambos sexos), también puede producir trastornos orgásmicos (más frecuentes en varones) o producir dolor.

Estas alteraciones pueden explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos del alcohol, y no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias.

Este diagnóstico se establece en vez del de intoxicación por alcohol solo cuando los síntomas sexuales exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación y son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Este trastorno se diferencia del trastorno sexual primario por el inicio y el curso del trastorno. Deberemos basarnos en la historia clínica, la exploración física y los hallazgos de laboratorio (buscando el abuso de alcohol) así como en su relación con el consumo de alcohol ya que no parecerá antes del consumo o durante su abstinencia.

### **TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR EL ALCOHOL.**

La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente y que se considera debido a los efectos fisiológicos directos del alcohol, no debiendo ser producido por otro trastorno mental o producirse exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Sólo se establecerá este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas relacionados con el sueño excedan de los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos o sena de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Para el diagnóstico diferencial con los trastornos primarios del sueño nos basaremos en su inicio y curso. El trastorno del sueño inducido por el alcohol toma característicamente la forma del tipo insomnio.

Durante la intoxicación aguda, el alcohol produce de forma típica un efecto sedante inmediato, es decir, aumento de la somnolencia y disminución de la vigilia que puede cifrarse en 3-4 horas. Después de este efecto sedante inicial, el individuo muestra un aumento de las horas de vigilia, un sueño no reparador y, a menudo, actividad onírica de carácter vivido y ansioso durante el resto del sueño.

El alcohol puede agravar un trastorno del sueño relacionado con la respiración preexistente, aumentando el número de episodios de apnea obstructiva. Durante la abstinencia de alcohol, el sueño muestra una clara desestructuración, presenta una alteración de la continuidad del sueño, se acompaña de un aumento de la actividad onírica de carácter vivido y cuando ésta alcanza la máxima expresión, constituye lo que se denomina el delirium por abstinencia de alcohol.

### **TRASTORNO RELACIONADO CON EL ALCOHOL NO ESPECIFICADO.**

Serán aquellos trastornos reaccionados con el alcohol que no pueden clasificarse en los anteriores.

Podemos hacer una mención especial de las EPILEPSIAS ALCOHOLICAS. Sólo se incluirán en este concepto cuando son el resultado de las lesiones cerebrales ocasionadas por el alcohol, con independencia de disposiciones comiciales constitucionales.

### **ASPECTOS MEDICO-FORENSES**

Serán aquellos relacionados a la criminalidad, imputabilidad y capacidad civil

#### **CRIMINALIDAD**

En los trastornos relacionados con el consumo de alcohol se van a observar modificaciones profundas del humor, de la afectividad y acentuaciones de la emotividad, que van a llevar a crisis de irritabilidad y al desarrollo de unas tendencias violentas; también lleva aparejado una degradación de la persona.

Su peligrosidad es siempre grande, fundamentalmente para sus familiares, empleados y/o compañeros de trabajo, siendo sus delitos fundamentalmente contra las personas, contra la libertad sexual y contra la propiedad.

1.- **Contra las personas:** irán dirigidos contra la familia en forma de castigos, lesiones, pudiendo llegar incluso al homicidio. La familia estará totalmente destruida con problemas de toda índole.

En el trabajo serán indisciplinados, insolentes y amenazadores, por lo que provocarán amenazas, peleas, riñas; así mismo tendrán una falta de responsabilidad en el cumplimiento de su trabajo que dará lugar a negligencias y omisiones.

2.- **Contra la libertad sexual:** se producirán debido al erotismo desviado que van a tener, así como al mal contenido impulso sexual por debilidad de los frenos morales y volitivos.

Podrán ser la violación, la corrupción o prostitución de menores, las agresiones sexuales, el incesto ..., si bien el más frecuente será la violación.

3.- **Contra la propiedad:** por sentirse impulsados a la necesidad de procurarse dinero para satisfacer sus exigencias alcohólicas. Serán sobre todo robos, hurtos, fraudes, allanamientos de morada ...

4.- **Contra la autoridad y la seguridad:** como atentado y resistencia a la autoridad, desacatos, agresiones, insultos, amenazas, lesiones .... y también incendios y destrucciones de objetos y escándalo público.

Cuando esos alcohólicos están internados en centros, su peligrosidad y delitología es escasa o nula, si bien una vez que salen y no están totalmente curados, volverán a delinquir.

Respecto a la edad promedio en que comente sus delitos, se ha observado que la mayor parte ocurre entre los 20 y 35 años de edad; comienza luego a disminuir, estabilizándose entre los 35 y 45 años, decreciendo luego muy rápidamente.

A continuación veremos los cuadros delictivos en los trastornos inducidos por el alcohol.

...1.- En el delirium tremens, debido a su sintomatología y su gran sugestibilidad, la peligrosidad es menor que en las restantes psicosis, siempre y cuando no se le excite y nos interesemos por sus vivencias; en caso contrario podrá cometer delitos, como agresiones, golpes ....

...2.- En la alucinosis alcohólicas se dan actos de violencia contra los presuntos perseguidores. Existe, con todo, más peligro para él mismo que para los demás, ya que aumentan las posibilidades de suicidio.

Un delito frecuente en estos pacientes es el allanamiento de morada; el alucinado ante las voces que le insultan y amenazan, abandona su casa y se introduce en la del vecino.

...3.- En el delirio de celos, la peligrosidad es innegable cuando las ideas delirantes se manifiestan fuera del período de embriaguez.

En un principio éstas solo se manifiestan cuando se ingiere alcohol, pero si sigue bebiendo se hacen fijas, siendo éste el momento peligroso por excelencia.

Así cuando está acentuado cometerá actos de violencia contra su cónyuge, palizas, lesiones, por las ideas de celos que le inundan, llegando en muchas ocasiones a la agresión homicida hacia el cónyuge, que generalmente se realiza con un ensañamiento brutal.

Estas ideas se alimentan, en muchas ocasiones, de pseudopercepciones y otras circunstancias externas (el creer que lo saben sus amigos o familiares).

...4.- En la epilepsia alcohólica se podrán dar delitos por omisión o accidente en las crisis; en las epilepsias psicomotoras actos de automatismos (exhibicionismo, masturbación); en los estados crepusculares fugas, robos, y todo tipo de delitos; y en el delirio epiléptico y en los equivalentes epilépticos delitos graves, llegando a los de sangre.

### **IMPUTABILIDAD.**

En los trastornos por consumo de alcohol, en fases avanzadas, se han producido ya tales lesiones cerebrales y tales alteraciones del funcionalismo de ella vida psíquica, que el sujeto entra en la condición ALTERACIÓN MENTAL, y por tanto se propondrá la inimputabilidad según la circunstancia EXIMENTE DEL CODIGO PENAL, en atención a la gravedad y profundidad de los trastornos presentes: cuadros alucinatorios, delirantes, demenciales, ... todos ellos con la característica de la permanencia y persistencia, que les separa netamente del TRANSTORNO MENTAL TRANSITORIO.

Por lo tanto vemos como se va a tratar de verdaderas demencias, en las que está profundamente afectada la personalidad disminuida, la ética relajada y la sugestibilidad aumentada, por lo que en ellos la imputabilidad no existe.

Si los trastornos no tienen la suficiente hondura ABOGAREMOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO FORENSE por una Imputabilidad atenuada...

Ahora bien, en otros casos los que tenemos que valorar es la imputabilidad de los trastornos inducidos por el alcohol.

En los bebedores habituales, antes de que lleguen a producirse las manifestaciones y trastornos de la intoxicación crónica, pueden presentarse cuadros psicóticos agudos, de más larga duración que las embriagueces ordinaria y patológica, que corresponde a las psicosis alcohólicas subagudas; en estos casos el estado de las funciones psíquicas justifica plenamente una inimputabilidad total para los actos delictuosos que comentan sus accesos.

Desde luego, en el delirio de celos, en la epilepsia alcohólica y el síndrome de Wernicke-Korsakoff, hay suficientes alteraciones mentales de fondo para que no pueda considerarse TMT (trastorno mental transitorio).

Fuera de estas condiciones, la imputabilidad es total, y sobre todo cuando los hechos delictivos tenga una finalidad utilitaria: proporcionarse el alcohol con que satisfacer su obsesión.

### **CAPACIDAD.**

El consumo de alcohol, cuando su grado, su intensidad, su duración sean tales que hayan producido alteraciones ya permanentes en el psiquismo y en su sustrato, deberá ser motivo de tutela, tras proponer una incapacitación total, ya que el individuo no tendrá la capacidad necesaria para regir su persona y sus bienes.

No obstante, en muchos casos se tendrá que valorar conocer la peligrosidad civil para la determinación o no de la capacidad civil.

En los trastornos inducidos por el alcohol que se acompañan de déficit intelectual, no se debe autorizar al sujeto para testar; caso de desear hacerlo, se tendrá que considerar la situación como intervalo lúcido, tras reconocimiento psiquiátrico por dos facultativos y su firma junto a la del notario, avalando así la capacidad mental en el momento de otorgarlo.

En el alcoholismo crónico con estado demencial, así como en los que han revelado ya psicosis alcohólicas, subagudas, el matrimonio no debe celebrarse, pues la profundidad de los trastornos psíquicos le impide dar un consentimiento válido para celebrarlo.

### **TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.-**

A pesar de los avances obtenidos en el manejo del síndrome agudo de abstinencia alcohólica, el tratamiento en si de la adicción constituye todavía un desafío terapéutico. En los últimos años, gran parte de la actividad investigadora se ha propuesto como meta lograr la disminución del deseo de consumir alcohol y por lo tanto del número de recaídas.

El hecho de que hasta le momento no se haya encontrado un receptor específico para el alcohol en el SNC impide seguir el modelo terapéutico seguido en la adicción a opiáceos. La ausencia de una hipótesis patogénica global limita la búsqueda de tratamientos más eficaces.

A grandes rasgos todo programa terapéuticos del alcoholismo, se divide en tres fases:

... Primera fase: orientada al aspecto médico, hacia la desintoxicación, supresión y tratamientos complementarios.

... Segunda fase: su meta es mantener la sobriedad y evaluar al paciente, familia y entorno. Importantísima para establecer el plan terapéutico.

... Tercera fase: intenta devolver al paciente a la sociedad, pero se le pide que mantenga el contacto con el centro de tratamiento de referencia.

Con todo ello podemos establecer que el tratamiento de los trastornos relacionados con el ALCOHOL, vamos a disponer de diferentes opciones:

1.- Tratamiento psicoterápico.

2.- Tratamiento farmacológico.

### **TRATAMIENTO PSICOTERAPICO**

El proceso de dependencia al alcohol esta rodeado por una organización neurótica que puede y debe de abordarse con técnicas psicoterápicas. A su cortejo sintomático neurótico, se añaden los síntomas que emanan del hábito. Por ello es necesario una psicoterapia concienciadora de sus impulsos, una psicoterapia que les madure emocionalmente, apartándoles de sus creencias o actitudes infantiles. La experiencia demuestra que la primera fase del tratamiento debe girar en torno a la disyuntiva beber o no beber, para una vez lograda la abstinencia, en una segunda fase con el alcoholismo latente todavía, iniciar el análisis del carácter y comportamiento alcohólico. Tras la psicoterapia individual, es importante el paso a la de grupo, en donde los objetivos van a ser la comprensión de la enfermedad alcohólica, su identificación como alcohólico, su desculpación, responsabilización del tratamiento, refuerzo de la abstinencia, la prevención de recaídas, entre otros...

Este tratamiento debe completarse con una información completa a la familia para poder interpretar la conducta alcohólica y la importancia en la recuperación del enfermo.

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

Vamos a resaltar los cuadros más habituales de producción con su correspondiente tratamiento, así:

... **Intoxicación aguda:** procederemos según el método modificado de Soler, a la sedación del paciente mediante benzodiacepinas (10 mgr de diazepam o levopromacina – 25-100 mgs-, aplicando contención mecánica si es necesario y en caso de agitación aplicaremos benzodiacepinas y neurolépticos en dosis superiores a las establecidas para la sedación, manteniendo el control de la posible hipoglucemia y con prevención de aspiración respiratoria.

... **Dependencia alcohólica:** es específico de este cuadro el grupo de fármacos interdiores (cianamida y disulfiram, productores de reacciones adversas desde desagradables a muy molestas y graves cuando se consume alcohol), acompañándoles de antidepresivos y ansiolíticos.

... **Abstinencia de alcohol:** en general se emplean tratamientos sustitutorios, es decir, fármacos con tolerancia cruzada con el alcohol. El tratamiento precoz se efectúa a base de benzodiazepinas (diazepam 10-30 mgr/día), clorometiazol (dosis máxima de 4 gr/día), tetrabamato y el específico del delirium en caso que éste exista.

... **Delirium por abstinencia de alcohol:** en régimen de hospitalización y tras exploración somática exhaustiva y evitando el decúbito supino, hay que mantener la estimulación sensorial y la sujeción mecánica si hay agitación, procediendo a su hidratación (2-3 litros de suero al día, ClK y Mg), cóctel vitamínico (B1, B6, B12, K, Acido fólico) y proceder a su sedación a base de cloracepato dipotásico, diazepam, clormetiazol, carbamacepina y triapide), junto a profilaxis antibiótica y tratamiento de las complicaciones, según todo ello el método modificado de Chinchilla.

### **MEDICINA LEGAL SEXOLÓGICA. ESTUDIO DE LAS PARAFILIAS. VIOLACIÓN Y ABUSOS. AGRESIONES SEXUALES.**

En 1.993, la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos definió el uso de la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos fundamentales que ataca la libertad individual y la integridad física de las mujeres. Por su parte, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su artículo primero, recoge específicamente y como una forma de violencia, la física, sexual y psicológica ocurrida en la familia, incluidas las agresiones físicas, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido y otras prácticas tradicionales que atentan contra las mujeres. También la IV conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Pekín en 1.995, contiene un área de especial preocupación destinada a la violencia, a la que califica como un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz al mismo tiempo que viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y libertades individuales. Los compromisos adoptados por los Estados presentes han dado lugar en diferentes países a la adopción de distintas medidas, como la aprobación y puesta en práctica de Planes de Igualdad de Oportunidades y de Planes de Acción contra la violencia doméstica. Aunque las mujeres pueden ser víctimas de cualquier delito, como los hombres, existe una serie de delitos en los que es víctima debido a su condición de mujer, esto es, por la concurrencia de una combinación de factores socioculturales que permiten la realización de agresiones en los tres ámbitos principales en que se desarrolla la persona: el maltrato físico y psíquico en el medio familiar, la violación o agresión sexual en el medio social y el acoso en el medio laboral. En la medida en que las mujeres se ven víctimas de la violencia, en sus distintas formas, y que, por tanto, deben acudir a la Administración de justicia, a menudo ocurre la llamada

"victimización secundaria", es decir, que además de haber sufrido el delito, la víctima revive un segundo proceso doloroso ante el propio sistema, que no da respuesta a su demanda de justicia. Ello a veces es resultado de la mala coordinación entre las distintas administraciones, sumado al desconocimiento profundo de las causas, claves y medidas más eficaces, no sólo coyunturales sino también estructurales. Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado; tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos nacionales, regionales e internacionales para su ejercicio. Por ello todos los intervinientes en el proceso penal debemos de tener una actitud de respuesta inmediata, en el marco de la ley para su erradicación.

Se presume que tan sólo el 10% de las mujeres agredidas en el seno familiar, denuncia su caso, aunque el número de casos denunciados está aumentando en los últimos años. Las causas del silencio son variadas, el temor a una reacción más violenta aún por parte del agresor, la vergüenza por el conocimiento de los hechos por parte de familiares y amigos, el desconocimiento de los procedimientos a seguir para la tramitación de las denuncias y la desconfianza hacia la Administración de Justicia. Esta última causa no es en todos los casos injustificada, aunque durante los últimos años haya mejorado el sistema de atención a las víctimas, son frecuentes los casos en los que la víctima se encuentra con la incomprensión, desinterés e, incluso, la agresividad de un sistema (y unos funcionarios, por tanto) deficientemente preparados para enfrentarse a estas situaciones. Además de todo lo anterior, no se debe menospreciar el componente estructural de inequidad, de desigualdad real, en la que se encuentran las mujeres dentro de la familia y de la sociedad. La dependencia económica del agresor es, en muchos casos, el elemento de mayor peso a la hora de tomar la decisión de denunciar o abandonar la convivencia. La aplicación real de las leyes por parte de los distintos sectores de la Justicia, así como un conocimiento más profundo y libre de prejuicios de esta problemática, constituyen un instrumento real de cambio para que se pueda prevenir, sancionar y erradicar la oscura realidad de la violencia doméstica, así como de los delitos contra la libertad sexual.

La necesaria coordinación administrativa, que implique por un lado a fuerzas policiales, sanitarios, administración de justicia, servicios sociales de atención a la mujer, junto a los imprescindibles programas de recuperación de los maltratadores, determinará el futuro, ya que si la interconexión es un hecho, trasladaremos a las maltratadas una mayor confianza en un tratamiento adecuado, rápido y justo que no solo resuelva los casos puntuales, sino que ejerza un efecto ejemplarizante ante la sociedad, en el sentido de que son conductas que no van a quedar impunes. Un planteamiento educativo que tenga como base la igualdad y el respeto mutuo, insertado en ese planteamiento global, será la mejor inversión de futuro cara al tratamiento de este problema.

Si en el año 1.999, en el ámbito del estado español se produjeron un total de 21.778 denuncias por malos tratos, de las que unas 6.000 fueron por abuso, acoso o agresión sexual y 50 mujeres murieron a manos de sus maridos (10 hombres lo

fueron a manos de sus esposas), según datos facilitados por el Ministerio del Interior, coincidiremos en la entidad del problema y en la necesidad de una mayor sensibilización de la mujer en realizar denuncias, ya que los datos aportados no son otra cosa que la punta del iceberg, ya que la mayoría de los casos permanecen bajo el manto de la impunidad.

Aunque las formas de malos tratos serán ampliamente estudiadas con ocasión del análisis de la violencia y los menores, no olvidemos que la violencia doméstica tiene como destino mujeres y menores, haremos una sucinta clasificación de los mismos:

...1º.- Físicos: Lesiones agudas en múltiples puntos: traumatismos en la cabeza, cuello, extremidades, pecho, abdomen, etc. Su forma habitual van a ser en forma de erosiones, magulladuras, hematomas, quemaduras, heridas inciso contusas y fracturas.

...2º.- Sexuales: efectuadas mediante uso de la fuerza o de la intimidación. Es importante resaltar que este tipo de violencia en el seno de la familia, en muchas ocasiones se da sin la existencia de lesiones, pero si bajo la existencia de una fuerte presión intimidatoria que tenemos que tener en cuenta a la hora de su análisis, valorando el estado emocional de la víctima.

...3º.- Psíquicos: Encontraremos una desvalorización o pérdida de la autoestima de las mujeres. Dice Echeburua " El maltrato domestico produce en la víctima una amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida e intermitente entremezclada con periodos de arrepentimiento y ternura suscita una ansiedad extrema y respuestas de alerta y sobresaltos permanentes".

Cuadros como la depresión (45% casos), la ansiedad, van a ser frecuentes. El trastorno por stress postraumático va a aparecer en un 47% de los casos y va a configurar una situación de vivenciación continua por parte de la víctima del problema.

Todo ello debe determinar un cambio en la actitud de los profesionales que van a intervenir en la detección y tratamiento de la violencia, de forma que se establezca una corriente de comunicación entre ellos que contribuya a disminuir los efectos de la "victimización secundaria", con el establecimiento de una estrategia de actuación basada en los principios generales de rapidez en la actuación con el máximo aprovechamiento de recursos y sobre todo la menor "molestia" posible a la mujer compatible lógicamente con una eficiente investigación de la administración de justicia.

Así, tras una denuncia, la víctima debería de ser conducida de inmediato en casos de lesiones graves o violaciones a un centro sanitario, informándola de la necesidad de no cambiarse de ropa, no lavarse y de entregar de inmediato cualquier indicio biológico de interés

en la investigación. Un reconocimiento conjunto de los médicos del hospital y los forenses es fundamental, para que se de el tratamiento necesario a sus lesiones y que se efectúe el reconocimiento pericial con recogida de muestras vaginales, anales u orales en ese mismo acto, pues así se impedirán la pérdida o deterioro de estas si son varios los exámenes a efectuar. Así en un mismo acto habremos hecho:

...1º.- Reconocimiento médico: tiene como finalidad:

...a.- Diagnostico de lesiones y su tratamiento.

...b.- Evaluación de lesiones genitales: desfloración y desgarros y su tratamiento.

...c.- Evaluar enfermedades de transmisión sexual y su tratamiento.

...d.- Evaluar posible existencia de embarazo.

...2º.- Reconocimiento forense: tiene como finalidad:

...a.- Diagnostico de lesiones y su génesis en el tiempo.

...b.- Recogida de ropas para su analisis.

...c.- Recogida de indicios biológicos para su análisis.

...d.- Evaluar posibles intoxicaciones.

...e.- Evaluar estado mental de la victima y seguimiento posterior.

...f.- Evaluar contagios de ETS.

...g.- Evaluar posible embarazo.

Es conveniente que tras las primeras 24 horas del hecho se efectúe una revisión de las lesiones no genitales, por el posible afloramiento de lesiones no detectadas en el día de autos.

Va a ser fundamental que traslademos esta necesaria coordinación pues en la medida que caminemos juntos ayudaremos a resolver esta lacra, en tanto que en la medida que lo hagamos separados seremos corresponsables de ella.

## **MARCO LEGAL DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL. LA VIOLACIÓN. MORFOLOGIA DE LA MEMBRANA HIMENEAL Y SIGNOS DE DESFLORACION. DIAGNOSTICO DE LA PENETRACION O INTRODUCCION DE OBJETOS ANAL, BUCAL Y VAGINAL. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.**

Con carácter previo a la exposición del tema, hay que destacar la importancia del mismo por:

- Trascendencia social. Gran alarma social de los delitos relativos a las agresiones sexuales y abusos sexuales (delitos contra la libertad sexual).
- Importancia Jurídica. El Ministerio Público solicitará el examen de la víctima, por parte del Médico Forense.
- Importancia Médico-Legal la trascendencia, del reconocimiento que efectúe el Médico Forense, a nivel judicial de los que vamos a ver.

### **I.- MARCO CONSTITUCIONAL.**

**Toda sociedad debe estar dotada de las instituciones, mecanismos e instrumentos que garanticen a cada uno de sus miembros el respeto a sus derechos y la forma expedita de reivindicarlos. Al referirnos a miembros de la sociedad, debe entenderse que se refiere a todos aquellos a los cuales el Código Civil otorga la categoría de personas, cuya existencia legal principia al nacer y así sucesivamente hasta que muere.**

Para ser efectiva esa protección, el legislador instituye entes que conozcan de esas pretensiones de reivindicación, entre estos tenemos a los Tribunales de justicia, que juzgan y ejecutan lo juzgado ( artículo 314 de la Constitución de la República; Ministerio Público, cuya finalidad es la de representar, defender y proteger los intereses generales de la sociedad ante los tribunales de justicia (artículo 1 numeral 1 de la Ley del Ministerio Público; y, la Policía Nacional.

Instituciones que no solamente garantizan la protección de los ciudadanos adultos, sino también aquellos que constituyen parte esencial en la formación del Estado, es decir los niños, quienes para muchos filósofos constituyen el futuro de la sociedad, para los sociólogos parte esencial de la familia, para los políticos los futuros votantes, y para los legisladores las personas cuya protección debe asegurar las bases de la sociedad.

El Estado, a su vez, crea los instrumentos jurídicos de los cuales harán uso los entes anteriormente mencionados, dotando de legalidad su actuar y supeditándose según la competencia y jurisdicción de que se trate. Para tal efecto, el Estado protege las relaciones contractuales entre los particulares enmarcando su

acción al interés particular, ello implica la ausencia de actuación oficiosa del estado frente a esos bienes jurídicos en litigio.

Esta pasividad no acontece cuando derechos fundamentales protegidos en la ley penal, como ser la vida, la dignidad humana, el honor, la intimidad o la integridad personal son vulnerados. Situaciones estas que no solamente producen diferentes conflictos del accionar jurisdiccional, como del actuar del representante de la sociedad, sino también a la complejidad terminológica de los tipos penales en juego exclusivamente a las llamadas transgresiones a la libertad sexual, tema objeto de estudio.

## II. MARCO LEGAL DE LAS AGRESIONES SEXUALES

**En Honduras, el legislador establece en su ley sustantiva penal, el agrupamiento de los delitos sexuales comprendiéndolos bajo el título de la Libertad sexual y la honestidad. Para algunos Juristas como Sebastián Soler, el agrupar tales hechos ilícitos bajo la denominación de la idea de "honestidad", como título del capítulo, peca en algunos aspectos por exceso y, en otros por defecto evidenciando que la expresión del título es en si misma inconveniente por propiciar el peligro de una interpretación apresurada en la cual se llegue a considerar que, en este punto, la ley hace referencia al concepto religioso de honestidad, es decir, a la idea de que es delictuosa toda relación sexual fuera del matrimonio. Así, y para Gonzáles Roura, "si una correcta clasificación de los delitos debe estar informada de la calidad de ellos, en cuanto a su objetividad jurídica, en ese título no deberían figurar algunos casos de violación, abuso deshonesto, rapto y corrupción de menores, dado que no es una condición la honestidad de la víctima, la que muy bien puede ser una prostituta".**

**Tal como hemos enunciado, la complejidad de tal institución jurídica es continuamente objeto de estudio por parte de los llamados doctrinarios, quienes a su saber, manifiestan una muy justificada razón de preocupación dado los conflictos de interpretación de la ley penal que en la práctica se pueden originar alrededor de la idea de honestidad; sin embargo, consideramos que el aspecto de la honestidad, inferible o no a una persona, no depende de su conducta anterior o posterior al hecho fáctico siendo objeto de conocimiento por el órgano jurisdiccional, ya que perfectamente una persona pudo haber sido deshonesto a lo largo de su vida y ello no debe implicar que ante un abuso o agresión de este tipo penal pueda determinarse pese y a falta de esa condición subjetiva, que el hecho no sea antijurídico e imputable a sujeto determinado.**

**Si hemos de tomar en cuenta el bien jurídico tutelado como base para adoptar la más adecuada denominación de los delitos que estudiamos será menester que previamente, los enmarquemos dentro de la ley sustantiva entre los primeros a analizar tenemos:**

## **A. LA VIOLACION**

### **I. Bien Jurídico Protegido**

**A nuestro criterio, no existe delito más repugnante que el acceso carnal perpetrado mediante el uso de la violencia física, la intimidación, o el aprovechamiento de alguna condición de limitante cognoscitiva o de voluntad en las personas pero a la vez, resulta increíble los grados de justificación que sectores no muy frecuentes manifiestan cuando la víctima es una mujer con determinados comportamientos o edad. Situación que no acontece cuando se trata de violación de niños o ancianos, donde la sociedad ha llegado al extremo de practicar linchamientos públicos e, incluso linchamientos privados en aquellos casos cuando los imputados por estos delitos son sometidos a centros penitenciarios donde sufren de las mismas agresiones sexuales por las cuales se les ha llamado a juicio.**

**Centrándonos en el tema del bien jurídico tutelado por este tipo penal, es necesario evidenciar que la violación no solo atenta contra la libertad sexual, sino contra la integridad misma del ser humano en tanto lesiona o daña su dignidad.**

**El Tribunal Constitucional Español entiende que la dignidad humana, es el valor espiritual y moral inherente a la persona que regularmente se manifiesta mediante la autodeterminación conciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás. (Derechos fundamentales y Principios Constitucionales. FRANCISCO RUBIO LLORENTE. Editorial Ariel. Barcelona España. Primera edición.1995. Pagina 72.)**

**Ello implica que todo acceso carnal ( penetración del pené en la vagina, ano o boca de otra persona) produce una lesión o daño a la dignidad, del ser humano independientemente de las múltiples lesiones o estragos corporales que puede reflejar ese ataque o, por otro lado, el grado de intimidación al que ha sido sometida.**

**En este sentido, la configuración del delito de violación no implica necesariamente que la víctima presente hematomas, huesos rotos o un cuerpo destrozado, exteriorizaciones que si presentan en algunos casos en los cuales resulta apreciable la posible resistencia de la víctima, pero sin que su ausencia en los dictámenes médicos signifique automáticamente motivo de desestimación. La resistencia tiene que ser vista relativamente, no es lo mismo la resistencia que opone un niño o una persona nerviosa (que en muchas ocasiones no presenta mayor dificultad para su victimario, y este no tiene necesidad de moler a golpes su cuerpo), con la que oponen ciertas víctimas. La ausencia de lesiones físicas, en ningún momento significa consentimiento y aceptación.**

**El Código Penal en su artículo 140 define la violación como:**

**“El acceso carnal con persona de uno y otro sexo mediante violencia o amenaza de ocasionarle al sujeto pasivo, al cónyuge de éste o compañero de hogar o a uno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad un perjuicio grave o inminente, constituye el delito de violación”.**

Tal definición absorbe los aspectos anteriormente enunciados y, además, agrega otros elementos de igual importancia para la tipificación del delito como ser que esa pretendida promesa de violencia o amenazas puedan ser producidas contra la víctima misma, su esposo o compañero de hogar o un pariente de ésta, hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.- Estos grados de parentesco comprenden a los hijos e hijas, padres, hermanos, tíos, primos hermanos, sobrinos y cuñados, entre otros.

En el mismo artículo, el legislador ha expresado en la ley cuatro casos especiales de violación, es decir cuatro circunstancias o situaciones diferentes de violencia o amenazas donde se puede tipificar el delito de violación, siendo estos:

1. Que la víctima sea menor de catorce (14) y mayor de doce (12) años;
- 2.- Que la víctima se halle privada de razón o de voluntad o cuando por cualquier causa no pueda oponer resistencia;
- 3.- cuando el sujeto activo esté encargado de la guardia y custodia de la víctima y se valga de su condición de autoridad para tener acceso a la misma; y,
- 4.- cuando el culpable se hace pasar por otra persona.

Previo al análisis sistemático de los casos especiales de violación contemplados en la ley penal, es necesario establecer los requisitos de la violación, con el objeto de enfocar cada una de las circunstancias especiales anteriormente mencionadas.

Siendo la violación un acceso carnal con persona de uno u otro sexo, el mismo carece por su naturaleza de legalidad para exigirlo jurídicamente el agresor, cuando ese acceso carnal, se manifiesta mediante la violencia y la amenaza.- Por consiguiente serán éstos elementos nucleares los llamados a valorar para la tipificación de delito de violación.-

En cuanto al primer caso especial de violación, la libertad sexual y honestidad que se protege es aquella sometida a la esfera de los sujetos pasivos menores de edad, no importando el lamentable error cuando el legislador habla que solo son sujetos de violación los menores de 12 años, ya que si entendemos restrictivamente esa limitante los mayores de doce años

**estarían ante el desamparo de la ley, pretensión ésta que jamás el legislador a procurado, permitido o justificado. Por lo tanto, esa libertad de auto determinación sexual incluye la libertad de determinación que gozan las personas menores de edad, a no ser sometidas a una actividad sexual desconocida por su inmadurez física o no consentida y el derecho a que se le permita adquirirla en forma natural y decidir libremente el momento de iniciarla.- Tal prohibición también es extensiva a los progenitores que puedan invadir ilícitamente esa voluntad, no debe permitirse, en aras de una irreflexible interpretación de la ley penal que en estos casos de parentesco pretenda disfrazarse con el tipo penal del incesto.**

**El segundo caso especial de violación lo constituye cuando la víctima se halle privada de razón o de voluntad o incapacitada para oponer resistencia, al respecto la doctrina afirma “ que el tema de la víctima privada de razón o de incapacidad para resistir no ha dejado de ser un tema constante en la dogmática penal, especialmente en los estudios que, últimamente comienzan a analizar el problema de los supuestos de la inimputabilidad aplicados al análisis de la capacidad cognoscitiva y volitiva en relación con la significación jurídica del acto carnal con personas aquejadas de serias psicosis y otros padecimientos que afectan el entorno del sujeto y su capacidad para “ a aprender” el ambiente que lo rodea.**

**Estos estudios han partido de la premisa que el bien jurídico tutelado en figuras penales idénticas a las contenidas en el artículo 156, inciso 2, del código Penal es la “indemnidad” o la libertad sexual, siendo entonces requisito indispensable del encuadramiento típico el estudio del aprovechamiento (prevalecimiento) del sujeto activo del estado de la víctima.**

**El mismo Tribunal Supremo Español ha sido protagonista de esta discusión al plantear un criterio amplio donde pone especial énfasis en el aprovechamiento del sujeto activo de la pérdida o inhibición de las facultades cognitivas o volitivas de la víctima en relación con el acto carnal. De allí que en España se suele ubicar, en los supuestos de estos tipos de violación, víctimas que padecen de oligofrenias, psicosis, estados de embriaguez por cualquier causa, y aún estados de somnolencias de la mujer semidormida, para efectos de encuadrar la hipótesis correspondiente a la mujer privada de razón o de sentido de la capacidad de resistir.**

**En Argentina, por el contrario, se prefiere hablar de una protección de la libertad mucho más que de la honestidad, cuando se estudia la violación de la persona privada de razón de la capacidad de resistir, en consecuencia dentro de la hipótesis o ejemplo de víctima privada de razón se suelen ubicar los cuadros de idiocia, imbecilidad, frenas tenias de grado medio y máximo y la locura epiléptica erótica, en tanto afectan la libertad de decisión sexual.-**

**Es por ello que en Argentina parece haberse orientado al requisito del análisis de la imputabilidad de la víctima por lo que para ser ofendida de la**

**conducta castigada en un tipo penal como la violación especial, no es necesaria padecer de una falta de salud mental sino ostentar inimputabilidad en el sentido de que se analiza en el aspecto delictual.- Para la práctica forense hondureña la inclinación jurídica a adoptar sobre estos casos siempre estará supeditada a dos elementos fundamentales como lo son: El aprovechamiento intencional y previsto por el sujeto activo y la condición de desventaja de la víctima ya sea esta de tipo mental transitorio o no, e inconciencia provocada artificialmente o por causas naturales.**

**El tercer caso especial de violación concurre cuando el sujeto activo del delito se encuentra encargado de la guarda y custodia de la víctima y se vale de tal condición de autoridad para tener acceso a la misma.**

**Sobre este caso especial se presenta un grave conflicto de interpretación que lamentablemente la ley ni el código penal comentado del Doctor Rene Suazo Lagos, no ofrecen un norte para su comprensión, por lo que procuraremos acercarnos al espíritu del legislador en cuanto al reproche que pretende garantizar en estas situaciones.-**

**De la simple lectura puede entenderse que cuando se refiere a la guarda o custodia, comprende aquellas personas que la ley civil determina poseer tales condiciones jurídicas, así por ejemplo, en el artículo 150 del código de la niñez y la adolescencia ambos términos "guarda y custodia" son utilizados por el legislador cuando un niño es declarado en situación de abandono o riesgo social y la autoridad competente lo protege mediante: .....b) atribución de su custodia o cuidado personal al pariente por consanguinidad más próximo que se encuentre en condiciones de ejercerlos; c) colocación en hogar de guarda..... etc.**

**Lógicamente los padres, tutores, curadores y demás representantes legales tienen la guarda y custodia de los menores y ejercen sobre éste su autoridad para protegerlo, ampararlo y satisfacerlo en todas sus necesidades básicas, como ser de vivienda, educación, salud alimentación etc.- Espíritu que se refleja igualmente en el Código de Familia y la Constitución de la República.-**

**En este sentido guardar es lo mismo que conservar o defender a una persona, custodia es un concepto similar que implica la protección o resguardo con la finalidad de evitar los riesgos que acechan al protegido, pero todo ello debe ser realizado por persona que por disposición de la ley se encuentre en la obligación de guardar o custodiar a la víctima, es decir que frente a ésta ostente la condición de autoridad.**

**Condición de autoridad que hace surgir la incógnita en el sentido de si debemos contemplar como sujetos activos a los funcionarios o empleados encargados de la guarda y custodia de las personas que se encuentran en los centros penitenciarios. Al respecto, resulta obvio que en ambos casos quien**

**abusa de esa potestad delegada por el Estado, con el objeto de obtener favores sexuales en contra de la voluntad o no de la víctima, el legislador castiga ese hecho como delito de violación, al equipararse, ese poder de "autoridad" a la intimidación que sufre la víctima frente a su agresor por lo que en resumidas cuentas no existe libertad sexual de la víctima, ya que esta, está supeditada a los deseos y voluntad de aquella persona que ostenta dicha autoridad.-**

**Para concluir sobre este caso especial de violación no existen restricciones en cuanto a la condición de sujeto activo, es decir si debe ser funcionario público nombrado por el Estado o ser representante legal del menor, ni tampoco restricciones en cuanto existen a las condiciones de edad o situación de la víctima , bastando con que la situación exista de hecho.**

**El último caso especial de violación es sumamente interesante y a lo sumo difícil de concreción, pero no imposible, y es que el hecho de que el sujeto activo sustituya a otro provocando con esto el engaño de la persona con quien tiene acceso carnal, resulta desde el punto de vista existencial absurdo y difícil de justificar.-**

**No obstante, esos calificativos no podrían utilizarse en el caso de gemelos idénticos donde la confusión física es evidente; así como en aquellos casos cuando habiendo transcurrido un tiempo excesivamente prolongado el sujeto activo se haga pasar por otro y a la víctima se le haga difícil reconocerlo por el envejecimiento u otras circunstancias naturales.-**

**El delito de violación se castiga con la pena de 9 a 13 años de reclusión, sin embargo se agrava su pena, cuando éste, se perpetra en perjuicio de personas menores de 12 años o mayores de 70 años, cuando es cometido por más de un sujeto activo, por alguien reincidente o cuando el sujeto activo es consciente que es portador del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o de una enfermedad contagiosa incurable.**

## **B- ACTOS DE LUJURIA**

**El artículo 141 del Código Penal contempla otro delito sexual muy relacionado con el delito de violación, se trata de los denominados actos de lujuria :**

**"Quien valiéndose de las condiciones o empleando los medios indicados en el artículo anterior (140 de violación) hace víctima a otra persona de actos de lujuria distintos del acceso carnal, será penado con 3 a 5 años de reclusión.**

**Cuando los actos de lujuria consistan en la introducción de objetos o instrumentos de cualquier naturaleza en los órganos sexuales u otros**

**orificios naturales o artificiales que simulen los órganos sexuales del cuerpo del sujeto pasivo, el culpable será sancionado con 9 a 13 años de reclusión”**

El bien jurídico protegido en estos delitos al igual que en el de violación, es la libertad sexual y la honestidad, siendo igualmente los elementos nucleares para su tipificación la violencia o intimidación en las personas, solo que estos se ejecutan con la finalidad de realizar actos sexuales distintos del acceso carnal, vaginal, anal o bucal sea este bazo natural o artificial pero que cumpla con las funciones de simulación de órgano sexual.

Sobre los órganos vaginales no existe duda los mismos pueden ser perfectamente simulados mediante operaciones quirúrgicas, pero situación compleja lo constituye la boca y el ano y el hecho de si estos pueden entenderse como órganos sexuales, claro está por su naturaleza no lo son, pero si pueden ser simulados como tales.

Otro aspecto de estudio lo constituye cuando los acatos de lujuria consistan en la introducción de objetos o instrumentos de cualquier naturaleza en los órganos sexuales, al respecto debemos entender que en estos casos no existe acceso carnal, ya que el acceso carnal siendo el elemento común en todas las violaciones consiste en la conjunción del miembro viril masculino del sujeto activo a través de las vías vaginal, anal o bucal de la víctima, por consiguiente, esos instrumentos y objetos jamás cumplirán con tal función, incluso si ese objeto fuesen los dedos del sujeto activo.

En aquellos casos que el sujeto activo mediante el empleo de la violencia o intimidación haga soportar a la victima tocamientos o besos realizados por el mismo o por otra persona o incluso que la ofendida realice tales tocamientos, en esas mismas circunstancias, constituye actos de lujuria.

Para concluir el Delito de violación, al igual que los actos de lujuria pueden concurrir, que el sujeto activo sea una mujer, ya que la conceptualización de ambos tipos penales así lo infieren; en el delito de violación, el acceso carnal puede ser tanto el que introduce el pene, como el que se hace, introducir el pene de otra persona, siempre con violencia, y en los actos de lujuria cuando es la mujer la que practica o hace que le practiquen esos actos sexuales distintos del acceso carnal.

## **C-ESTUPRO**

Nuestra legislación penal establece en su artículo 142 el delito de estupro, como aquel, que se comete en perjuicio de una mujer mayor de 14 y menor de 18 años, ( el término mujer utilizado por el legislador en la ley penal

**lo consideramos inapropiado, ya que por disposición del Código de la niñez y la Adolescencia, los mayores de 12 y menores de 18 años son niños legalmente) prevaleciéndose el sujeto activo de las condiciones de confianza, jerarquía o autoridad.**

Tal concepto implica el abandono de la condición de honestidad en la víctima, ya que en el pasado, si la menor ofendida no era honesta al momento del hecho, porque con anterioridad ya había tenido una relación sexual, implicaba la no-tipificación del delito.

Mujer honesta es la sexualmente inexperta y es, por esta circunstancia, por lo que la ley refutaba insuficiente el consentimiento prestado por ella para tornar ilícito al acceso carnal, La desfloración reciente hacia presumir la honestidad, como la desfloración de antigua presume la deshonestidad.

La relación por vía anal no excluía la honestidad. Pero el concepto era sumamente complejo y la honestidad debía valorarse teniendo en cuenta circunstancias de lugar (ubicación geográfica), educación y costumbres.

Para Sebastián Soler, ("Derecho Penal Argentino", Buenos Aires, Tipográfica Editora Argentina, tercera edición, T. III, 1983, pp. 292-295.") el principio de virginidad no era un concepto extraño a la honestidad, ya que considera, que la honestidad es "un estado moral y un modo de conducta que corresponde a ese estado" y que el Estupro es un delito que defiende la "inexperiencia sexual". en tanto, luego de indicar que honestidad se toma como sinónimo de inexperiencia sexual, señala que: «La honestidad de la mujer es un estado de inexperiencia sexual que se manifiesta a través de la conducta.

De esta manera, resultaba que la "honestidad" de una mujer resulta ser la cualidad de ser decente, decorosa, recatada o pudorosa (Diccionario de la Real Academia Española, Madrid, 1992, p. 790), donde "decente" es la persona justa, que obra dignamente y es bien portada (Op. cit., p. 470); "decorosa" es la mujer que tiene decoro y pundonor, es decir honor, pureza, recato (Op. cit. p. 472); "recatada" es la persona circunspecta, cauta y modesta (Op. cit., p. 1232); y "pudorosa" se dice a la mujer llena de pudor, esto es, honestidad, modestia o recato (Op. cit., p. 1197).

El mismo significado se le asigna a estas palabras en otros diccionarios comunes (cfr. Pequeño Larousse Ilustrado, Ediciones Larousse, Bogotá, 1994 y Diccionario Enciclopédico Éxito, Grupo Editorial Océano, Barcelona, 1991

Si la honestidad, ya no es el bien jurídico tutelado por el legislador en los casos de estupro, ¿Cual será ahora ese bien jurídico protegido?.- veamos que en estos delitos se tiene que relacionar con el acceso carnal a la cual se somete a otra persona, aun con su consentimiento, cuando ésta es mayor de

**14 y menor de 18 años de edad, lesionándose o poniéndose en peligro, necesariamente, el bien jurídico que pretende tutelar el tipo penal (necesariamente porque de no ser así no hay delito).**

De aquí se colige que si la honestidad de la mujer se refiere al recato, pudor, dignidad o buen comportamiento que ésta tiene desde el punto de vista sexual, y que únicamente cuando se lesionaba o se ponía en peligro la honestidad, así entendida, podía existir un delito a raíz de un acceso carnal. Siguiendo el razonamiento en sentido contrario, significa que la ley penal admitía que una mujer honesta, entre los catorce y dieciocho años de edad, bien puede consentir en tener relaciones y mantenerlas, siempre y cuando no se afectase la tutela penal.- También esto quería decir que una mujer sexualmente honesta era necesariamente aquella que es virgen.

Respecto a la complejidad del bien jurídico protegido por el legislador en los delitos de estupro, será la protección de la dignidad de la mujer mayor de 14 años y menor de 18 años, quien por su inmadurez puede ser sujeta a cualquier tipo de engaño, prevaleciéndose el sujeto activo de la confianza, jerarquía o autoridad.- Para estas nuevas formas del ius puniendi ya no se requiere que la mujer sea titulada como honesta o no, doncella o no, de buena o mala fama o de cualquier otro calificativo que en esos tipos penales eran peyorativos a la dignidad de la mujer.-

De este modo, resultaba absurdo que al haber tenido una mujer relaciones sexuales este hecho la excluía de honestidad

Desde esta óptica resulta que el legislador al proteger a las mujeres mayores de 14 y menores de 18 años de edad, trata de proteger la libertad sexual de los menores de edad, veamos que la mujer inicia su pubertad o adolescencia y empiezan a desarrollarse en ella las condiciones biológicas que la capacitan para el matrimonio, la vida en pareja y la maternidad, al tiempo que comienza a tomar conciencia física, intelectual y moral de su sexualidad, tornándose entonces particularmente vulnerables al abuso por parte de hombres adultos que, aprovechándose de esas transformaciones físicas y psicológicas, logran incluso obtener su consentimiento para tener relaciones sexuales (sobre este tema concreto véanse las extensas consideraciones de BRUNO BONELLI, Mario: El Delito de Estupro, Buenos Aires, Ediciones Lerner pp. 97 a 99).

Por todo lo anteriormente expuesto estamos en completo acuerdo con la nueva ley penal que castiga el delito de estupro, y no compartimos con aquellos criterios que equiparan a la honestidad como inexperiencia sexual entendiendo esta última como la total ignorancia en materia sexual o la virginidad, pues tales criterios únicamente conducían a conclusiones sin sentido, como la de Soler cuando aseveraba que: «Si una muchacha ha sido objeto de violación a los catorce años y luego es seducida, difícilmente será admisible la honestidad de la víctima, porque no existirá ese desconocimiento

acerca del acto que realiza, y que es el objeto mismo de la protección» (Op. cit., p. 295). Por ello la jurisprudencia Costarricense (Sala tercera, V-632-F de las diez cero cinco horas del 20 de octubre de 1995) ha establecido que: «... no es posible concluir que una mujer es deshonesta por haber mantenido relaciones sexuales con un hombre, pues ello significaría que la mayoría de las mujeres no lo sean solo por esa razón... el delito de estupro lo que sanciona es precisamente el hecho de que un adulto haga incursionar a una menor de edad (entre 12 a 15 años de edad) en actividades sexuales, aprovechándose de su consentimiento viciado por la falta de desarrollo y experiencia en ese campo... En el delito de estupro lo que se incrimina es la denominada "estafa sexual", es decir la actitud de aquel sujeto que aprovechándose de la inexperiencia de una menor de 12 a 15 años, logra seducirla y así obtener su consentimiento para mantener relaciones sexuales con ella».

El anterior criterio jurisprudencial se encuentra avalado por la doctrina, pues se ha señalado que: «La idea de honestidad puede coincidir o no con la condición de mujer virgen, pero ambos conceptos no deben ser identificados.

La honestidad se aprecia desde el punto de vista del recato, el pudor o la castidad. Por eso, no deja de ser honesta la mujer que ha sido violada, ni siquiera puede decirse que pierda siempre esa condición la que ha tenido alguna vez acceso carnal, por ese solo hecho.

La honestidad debe ser estimada en cada caso, sin someterse a cánones rígidos, y apreciando la conducta de la mujer en todas sus manifestaciones, en cuanto de ella pueda resultar la condición requerida» (FONTAN BALESTRA, Carlos: Derecho Penal Parte Especial, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1978, p. 182). La experiencia es la "enseñanza que se adquiere con el uso, la práctica o el vivir" y entonces resulta claro que la experiencia es susceptible de medirse en grados, pues es algo que puede desarrollarse o ampliarse.

### **...1º.-VIOLACIÓN Y MORFOLOGIA DE LA MEMBRANA HIMENEAL Y SIGNOS DE DESFLORACIÓN.-**

Se considera anatómicamente virgen a una mujer que no ha tenido cópula carnal, que por lo tanto no se ha producido en ella lesión o desgarramiento de la membrana existente en la unión vulvovaginal y que estrecha la entrada de ella, que se denomina Himen.

#### **...1º.- MORFOLOGIA DEL HIMEN:**

**A.- Conformación:** Es muy variada, existiendo 3 tipos:

1. Himen semilunar o falciforme: En forma de media luna, de concavidad anterior y cuyo borde convexo ocupa, según los casos, la mitad, 2/3 o 3/4 partes del orificio vulvovaginal.

2. Himen anular o circular: Tiene forma de diafragma, con agujero central o excéntrico y que mide desde 2-3 mm hasta casi las dimensiones del orificio vulvovaginal.
3. Himen labiado: Formado por dos labios laterales separados por una hendidura central antero-posterior. Cuanto más larga sea la hendidura, tanto más móviles son los labios, que pueden llegar a flotar, y permitir a veces el coito sin desgarros.
  - Otros son formas atípicas:
    - Cribiforme: con muchos orificios.
    - Imperforado: obligan a intervención quirúrgica al comenzar la menstruación.
    - Biperforado: dos orificios separados por una tirilla central.
    - Falta congénita del himen: muy importante médico-forense
  - Cualquiera que sea su forma, distinguimos:
    - Dos bordes: Uno adherido a la vagina y otro libre.
    - Orificio: No uniforme y que generalmene es de modo festoneado.

**B.- Consistencia:** Variable, lo mismo que la elasticidad. En general es pequeña, lo que explica su desgarró en el primer coito.

- También hay hímenes carnosos, tendinosos y hasta cartilaginosos, como en las vírgenes de edad, que ofrece mayor resistencia a la penetración.
- Otros son elásticos y dilatados, que permiten el paso del pene sin desgarrarse (hímenes complacientes)

### ...2º.- **SIGNOS DE DESFLORACION:**

En cuanto a los signos propios de la desfloración deben señalarse los siguientes: Desgarros del himen, lesiones genitales y signos biológicos.

**A.- DESGARROS DEL HIMEN:** El paso del pene en erección distiende el himen, en el coito desflorador, más allá de sus límites de elasticidad, teniendo lugar (normalmente) su desgarró. El cual va acompañado de un discreto grado de dolor y de una pequeña hemorragia, que nunca serán

abundantes, excepto si existe desproporción o brutalidad en la realización de la cópula.

- Características de los desgarros:

1. Número y situación: Depende de la forma del himen, por lo que podemos dividirlos en dos variedades:

- a) Desgarros típicos: Son los que adoptan una localización y un número habitual, que para las diferentes formas de himen son:

- Anular: Se desgarran en 4 puntos, dos a cada lado y simétricos entre sí.
- Semilunar: En dos puntos laterales que dejan un colgajo interno a nivel del refuerzo de la columna vaginal posterior.
- Labiado: A nivel de las comisuras, unas veces sólo la posterior, pero otras en ambas y aún en ocasiones en la parte media de los labios himeneales.

Para la descripción de los desgarros, de su localización, suele utilizarse como referencia una esfera horaria, que se superpone al contorno himeneal, indicando la hora, la localización del desgarró.

- b) Desgarros atípicos: Cuando se rompe en puntos y número desiguales a los señalados.

2. Profundidad: Llega ordinariamente al borde de inserción del himen, lo que los difiere de arañazos o divisiones incompletas típicas de los tocamientos. En un principio, el desgarró aparece con las características de una hemorragia mucosa, con bordes rojos, sangrantes, tumefactos, más desiguales. La hemorragia evoluciona rápidamente hacia la cicatrización, cicatrizando sus bordes por separado, es decir, no se sueldan jamás, sino que forman colgajos independientes en mayor o menor número que se llaman carúnculas himeneales.

- 3.- Evolución de la cicatrización, En 3-4 días, quedando los bordes engrosados, pero sin una formación fibrosa evidente y su aspecto ya no sufre ninguna modificación ulterior, por lo que puede distinguirse:

- a) Desgarros recientes: No hay cicatrización completa, por lo que la data es menor de 3-4 días.
- b) Desgarros antiguos: Ya cicatrizados, y tienen más de 4 días.

**Valoración Médico-legal del desgarro del himen**: El desgarro se considera como el signo anatómico de la desfloración, y en su estudio médico-legal había que tener presente siempre la posibilidad de hímenes complacientes (sin desgarro y con coito) y las lesiones por tocamientos, ya mencionados. El diagnóstico diferencial es a veces difícil con muescas congénitas, se puede confundir cuando el desgarro no es reciente y para realizar su distinción:

- Los desgarros llegan hasta el borde adherente, las muescas no.
- Los desgarros con localización típica, contorno anguloso y separaciones abruptas, mientras que las muescas son varias, sin localización típica, simétricas y con contorno redondeado.
- Los bordes de los desgarros, al juntarlos, coaptan al no haber pérdida de sustancias, no así en las muescas.

Otra posibilidad son los desgarros himeneales por causa traumática y no por el coito. Su diferencia no es difícil por las características propias.

### **...2º.- LESIONES GENITALES.-**

En determinadas circunstancias, además de los desgarros, se pueden producir otras lesiones genitales en el coito desflorador, que obedecen en su producción a dos circunstancias:

- Desproporción anatómica.
- Brutalidad con que se ha realizado la cópula.

Son más frecuentes en las niñas: Sobre todo en agresiones sexuales:

- Menor de 6 años: El coito anatómico es imposible.
- De 6 a 11 años: Normalmente hay roturas o desgarros del periné del tabique rectovaginal o incluso de los fondos de saco vaginales.
- De 11 a 16 años: Suele haber rotura de himen más lesiones genitales.
- Mujer adulta: Son raras y apenas pasan de erosiones o ligeros desgarros perineales.

### **...3º.- LESIONES EXTRAGENITALES O A DISTANCIA.**

Se van a producir como consecuencia de los intentos de acallar los gritos de la víctima y en su contención, apareciendo en boca, cara, brazos, muñecas, muslos

todo tipo de lesiones erosivas y contusivas. Va a ser muy importante la localización de estigmas ungueales en cara, cuello y en las caras interiores de los muslos. Igualmente y en la espalda y parte posterior de las piernas es necesario evaluar posibles erosiones y hematomas.

...4º.- SIGNOS BIOLÓGICOS.

Aparte de los signos propios de la desfloración, podemos encontrar también los signos generales a todo coito:

1. Presencia de esperma en genitales femeninos en períodos precoces de reconocimientos o manchas.
2. Presencia de pelos pubianos o genitales.
3. Posible contagio por ETS.
4. Fecundación.

**Diagnóstico de la penetración o introducción de objetos anal, bucal o vaginal:**

El papel del Médico Forense consistirá en establecer los siguientes puntos, cuya demostración establecerá el diagnóstico:

...1º.- Diagnóstico de la penetración o existencia de coito vaginal (acceso carnal):

- Mujer virgen; Valorar las lesiones ya vistas anteriormente: desgarros himeneales, lesiones genitales, extragenitales y signos biológicos.
- Mujer desflorada; Los signos generales de todo coito:

...a.-Presencia de esperma: en genitales femeninos y en exámenes precoces, y si ha transcurrido cierto tiempo, puede recurrirse a la investigación de manchas de esperma en la ropa de la víctima o en el lugar de los hechos.

...b.-Presencia de pelos pubianos o genitales: se hace estudio de la víctima mediante un cepillado vaginal y del inculpado.

...c.-Contagio por enfermedad de Transmisión Sexual; se harán las pruebas pertinente, en víctima e inculpado.

...d.-Fecundación; en caso de delito contra la libertad sexual, el embarazo de la víctima, constituye un signo preciso. No debe olvidarse la posibilidad de una falsa denuncia y establecer si la data coincide con la fecha en que se alega que tuvo lugar el coito.

Por lo tanto, en la mayoría de las ocasiones, va a resultar posible decidir si ha habido o no desgarramiento himeneal en las vírgenes, sin determinar con certeza con que instrumento ha sido (cosa que hay que hacer constar).

En las mujeres desfloradas, dadas las salvedades expuestas, nos limitaremos a señalar la presencia de los signos mencionados, correspondiendo al Juez decidir sobre su mecanismo de producción.

...2º.- Diagnóstico de las violencias físicas: En casos precoces la demostración es fácil en la mayor parte de los casos. La localización será dependiente de la naturaleza de la violencia y del fin perseguido y por ello el Médico Forense deberá hacer el diagnóstico y valoración médico-legal de dichas lesiones para excluir falsas alegaciones.

...a.-Lesiones genitales: desgarramientos del himen y lesiones genitales escasas, aunque si fue de modo violento o con desproporción, serán muy intensas.

...b.-Lesiones extragenitales: Equimosis, arañazos, lesiones contusas, mordeduras, heridas en brazos, muslos, cara interna de rodillas, boca, nariz, cuello, etc. Puede haber coitos sin lesiones por emplear violencia moral o intimidación.

...c.-Data del coito vaginal: Solamente en los casos de desfloración es posible alguna precisión pero de forma aproximada:

- Desfloración recientísima: Menor de 3 días postcoito, con aspecto cruento de los desgarramientos y lesiones genitales.
- Desfloración reciente: 3 a 6 días postcoito, con estado incipiente de cicatrización del himen con mucosa nueva, sonrosada y congestiva.
- Desfloración cercana: Lesiones del himen cicatrizado, lesiones extragenitales aún frescas: 6-12-15 días postcoito.
- Desfloración antigua: Más de 15 días. Todo normal. La luz de Wood puede ayudar para dar un diagnóstico más seguro.

### **DIAGNÓSTICO DEL COITO ANAL:**

También denominado atentado pederástico, será acceso carnal por vía rectal.

Puede cometerse con hombres, niños y mujeres. Pueden ser:

**...1.-ATENTADOS AGUDOS:** único o repetido sólo muy escasas veces y en donde vamos a encontrar:

1.- Lesiones locales anorrectales que van a depender de:

- La violencia con que se realizó el coito anal.
- La desproporción de volumen entre las partes anatómicas.

El paso del pene en erección a través del ano de forma brusca y acompañada de violencia, se producirán lesiones resultantes de la forzada, distensión del año: excoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas de la mucosa y de los pliegues radiados de la piel. Estas lesiones al principio están tumefactas y sangrantes y en días sucesivos experimentan ciertas reacciones inflamatorias: Rubicundez, supuración, y a veces se acompañan de trastornos funcionales: parálisis del esfínter anal con una disposición en embudo del ano por contractura refleja del músculo elevador. Otros trastornos menos fieles son: escozor, dolor o malestar que notan las víctimas al andar o defecar. Signo de la dilatación anal refleja; gran valor en abusos sexuales en niños en los que ha habido dilatación forzada del ano. Estas lesiones locales evolucionan por lo general en un plazo muy breve: 5 días, y en casos extremos 10-15 días.

2.- Lesiones a distancia; Gran importancia por señalar la violencia con que se llevó a cabo el atentado. Son lesiones extraanales: partes genitales y regiones circunvecinas. A distancia en forma de arañazos, rasguños, excoriaciones, equimosis y hematomas en las mismas localizaciones señaladas anteriormente.

3.- Demostración de esperma en cavidad rectal; es el signo más demostrativo y el único cuando hay ausencia de lesiones anales. Solo es posible en exploraciones muy recientes mediante enemas de limpieza.

4.- Transmisión de enfermedades (ETS); A veces nos da el diagnóstico del coito anal por vía indirecta como consecuencia de la transmisión sexual de enfermedades. Pueden ser: úlceras chancrosas, sífilomas anoperineales, blenorragia rectal, enfermedades víricas en especial VIH.

**...2.- ATENTADOS CRÓNICOS**; Solo tiene valor diagnóstico la eventual existencia de esperma anorrectal y la transmisión de enfermedad sexual.

**DIAGNOSTICO DEL ATENTADO PEDERASTICO:**

Solo es posible en el atentado agudo, cuando hay signos suficientes para objetivarlo.

- Demostración del líquido espermático, contagio venéreo, lesiones traumáticas locales y a distancia.
- Violencia del atentado y desproporción de partes anatómicas.

- Examen con luz y en posición genupectoral, realizar tacto rectal y exploración con rectoscopio.

Su comprobación y la exclusión de lesiones espontáneas (fisura del ano) llevan a establecer el diagnóstico de una dilatación forzada de ano, pero no el instrumento que lo haya producido. Sin embargo el resultado negativo no tiene ningún valor desde el punto de vista médico-legal.

### **...3.- DIAGNÓSTICO DE COITO BUCAL:**

El coito o cópula oral o bucal, consiste en la introducción del pene en la cavidad bucal, tras lo cual la parte pasiva de la pareja realiza movimientos de succión, que pueden reforzarse con movimientos de avance y retroceso del miembro viril realizados por la parte activa. No se encuentran lesiones en cara bucal y labios en la parte pasiva. Hay, sin embargo, algunas posibilidades que pueden permitir este diagnóstico, aunque sean poco frecuentes en la práctica:

- 1.- Transmisión a la mucosa labio-bucal de alguna enfermedad de transmisión sexual.
- 2.- La lesión del miembro viril del agresor por la dentadura de la víctima (mordedura) que podría servir para verificar la existencia de este tipo de agresión.

### **EL EXAMEN DEL INCULPADO:**

Se debe hacer en todas las variedades de penetración, para facilitar la identificación o su exclusión como agresor material del hecho.

- 1.- Presencia sobre el autor de huellas del hecho o vestigios procedentes de la víctima: (manchas de esperma, sangre, pelos), que se buscarán sobre las ropas y sobre su cuerpo y que nos van a permitir efectuar estudios de comparación mediante ADN.
- 2.- Lesiones resultantes de la lucha para vencer la resistencia de la víctima: estigmas ungueales, equímosis, erosiones, mordeduras, principalmente en cara, manos, extremidad inferior y órgano genital.
- 3.- En casos de transmisión de ETS, ver si las padece el acusado o las ha padecido y en que fase se encuentran o se encontraban en el momento del atentado.
- 4.- Impotencia genital de causa orgánica que excluye al sujeto autor.
- 5.- No puede concederse importancia al examen del pene flácido para deducir de ello conclusiones respecto a su volumen en estado de erección y

puesto en relación a que haya podido producir o no desgarros de himen en otras lesiones por desproporción anatómica.

Cuando se obtengan algunos datos de los expuestos, pueden proporcionar valiosos indicios acerca de la culpabilidad o inocencia del inculpado. Si están ausentes, el perito se limitará a informar que "no se encuentra en el acusado indicio alguno que demuestre su participación en el hecho incriminado".

Actualmente con los avances científicos, se emplean en la identificación las técnicas de ADN, para comparar el ADN del inculpado con el ADN de posibles manchas de esperma, sangre encontrados.

#### **...4.- PENETRACIÓN O INTRODUCCIÓN DE OBJETOS:**

De todo lo expuesto hasta ahora, se puede deducir que no va a resultar posible decidir en la mayoría de los casos, si ha habido penetración de las diferentes cavidades con variados objetos y las posibles lesiones que origine o no. En todo caso corresponde al Juez decidir sobre el mecanismo de producción, sobre la base de los demás datos sumariales, ya que él medico forense se limitara a decir si es compatible o no la producción de las lesiones halladas con el objeto que se analice como posible.

#### **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL CONTAGIO EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:**

- **Prevención del embarazo:** Es probable que entre el 90-95% de todas las concepciones, sean el resultado de un único acto sexual que tenga lugar tras una agresión sexual. Existen ya sistemas sanitarios nacionales, como el Español que efectúan una prevención del embarazo en mujeres víctimas de violaciones, para ello, en primer lugar el médico debe saber con certeza que la mujer no está embarazada antes de prescribir cualquier anticonceptivo "de la mañana siguiente" y a ser posible solicitar consentimiento por escrito. Entre los frecuentes preparados hormonales que se utilizan para prevenir el embarazo los más utilizados son:
  - Dosis elevadas de gestágenos más estrógenos:
    - 2 comprimidos cada 12 horas, dos días seguidos, tomados en las 72 horas postcoitales (0,5 mg Norgestral y 0.05 mg Etimilestradiol).
    - Dosis elevadas de gestágenos: "Inyección del día siguiente".
- **Prevención del contagio de enfermedades de Transmisión Sexual:**

Es comprensible el temor a desarrollar una ETS después de sufrir un delito

contra la libertad sexual. De forma rutinaria, se ofrece tratamiento médico para prevenir la gonorrea y sífilis:

- ❖ Penicilina Benzatina, eritromicina y espectinomicina (gonococia).
- ❖ Hay que efectuar control serológico sifilítico 6 semanas más tarde.
- ❖ También se efectuará toma de muestra (rascado cervical, vaginal) para efectuar frotis y pruebas de laboratorio que confirman otras posibles ETS: tricomonas, candidiasis, parasitosis, enfermedades viricas, etc.
- ❖ Pruebas de detección de VIH. Actualmente no se conocen medidas que puedan prevenir la aparición de la infección VIH después de una potencial exposición. Repetirla varios meses después para estar seguros que siguen negativos: ELISA, PCR.
- ❖ Pruebas de determinación de hepatitis.

Vemos pues que es fundamental estudiar este tema y resaltar la importancia del conocimiento de las medidas a tomar en estos casos, con una fundamental actuación del Ministerio público encaminada a acordar de inmediato el reconocimiento de víctima y agresor, que nos permita una exploración de personas y ropas adecuadas, dada la trascendencia de los delitos contra la libertad sexual, y en los que el Médico Forense, va a tener una fundamental participación.

#### BIBLIOGRAFÍA.-

ARECHEDERRA ARANZADI. MALTRATO DE MENORES  
GISBERT CALABUIG. MANUAL DE MEDICINA LEGAL  
ROJAS MARCOS. LAS SEMILLAS DE LA VIOLENCIA

#### **ESTUDIO DE LAS PARAFILIAS :**

Antiguamente conocidas como perversiones sexuales. Originalmente la palabra "perversión" significaba todo comportamiento humano contrario a las normas sociales existentes. Entre las mas conocidas se encuentran:

...Pedofilia: Atracción sexual de adultos por niños de cualquier sexo. Se considera que entre 5 y el 10% de los niños son molestadas sexualmente hasta la edad adulta. A pesar de ser ilegal, el comercio de fotos y películas pornográficas con niños han aumentado substancialmente en todos los países, lo que puede ser al mismo tiempo efecto y causa del crecimiento de este tipo de parafilia.

...Gerontofilia: Esla obtención del placer sexual mediante el contacto con personas mayores.

...Sadomasoquismo: Se refiere a personas que sólo sienten satisfacción sexual a través del dolor experimentada por ellas mismas o infligidas a otros. Un individuo puede ser sádico, masoquista, o ambas cosas.

...Fetichismo: Tipo de parafilia que consiste en exteriorizar el deseo no en relación a una persona, sino a una parte de ella o a un objeto de su uso.

...Froteurismo: Palabra derivada del francés "frotter", que significa "restregar" o "rozar". El froteurista siente un impulso irrefrenable de aproximarse a mujeres o de abordarlas eróticamente en lugares públicos.

...Exhibicionismo: Parafilia que consiste en exhibir los órganos genitales a otros. Ocupa el 2º lugar en la frecuencia de parafilias, con un 25% de incidencia entre los pacientes en tratamiento.

...Voyeurismo: Se refiere a aquellos que se satisfacen sexualmente en observar, a escondidas, un acto sexual. Ocupa el 3º lugar en incidencia.

...Hipoxifilia: Este tipo de parafilia consiste en intentar intensificar el estímulo sexual por medio de la privación de oxígeno, sea a través de la utilización de una bolsa de plástico donde se introduce la cabeza o de alguna técnica de estrangulamiento. En los Estados Unidos entre 500 a mil personas mueren accidentalmente por año víctimas de esta práctica.

...Necrofilia: Es la atracción sexual por cadáveres. El necrófilo procura mantener relaciones sexuales con cuerpos humanos muertos.

...Coprofilia: Identifica la excitación erótica motivada por el olor o contacto con excrementos.

...Urofilia: Variante de la coprofilia en relación a la orina.

...Zoofilia: También conocida como bestialismo, es el sexo hecho con animales, que en algunos casos son hasta entrenados para eso.

...Clismafilia: Se refiere a la excitación erótica provocada por la inyección de alguna sustancia en el recto.

En conjunto no suponen circunstancia modificativas de la responsabilidad penal, excepto en aquellos casos en que sean producidas como expresión de un verdadero trastorno mental.

## **LESIONES. SU TIPOLOGÍA Y ETIOLOGÍA. DURACIÓN DE LAS LESIONES Y SANACIÓN DEFINITIVA**

La medicina forense es un compendio de respuestas a las demandas de los tribunales. Las lesiones van a ser elementos de primer orden en cuanto a la intervención de los médicos forenses, por su frecuencia, importancia y trascendencia social. Por ello es necesario precisar de entrada los aspectos mas sustanciales de las mismas, clasificándolas, analizando su etiología o causas, sus complicaciones y los aspectos mas relevantes de la peritación médico legal.

La profesora Castellano en diferencia las lesiones en una clasificación muy amplia en mortales y no mortales, entendiendo como tales a aquellas que producen la muerte del lesionado de forma directa o bien indirectamente (las mortales) o como aquellas que alcanzan una gravedad variable, atendiendo a diversos parámetros, pero que nunca conducen a la muerte. Como quiera que las primeras van a ser estudiadas en otro tema, vamos a ocuparnos de las NO MORTALES.

Señala el Prof. Gisbert que es lesión" toda alteración anatomica o funcional ocasionada por agentes externos e internos", entendiendo como **agentes externos** a los:

...mecánicos: proyectiles, armas blancas, objetos contundentes, etc.

...físicos: fuego, calor, electricidad, etc.

...químicos: causticos

...biológicos: virus, bacterias, etc.

Entendiendo como **agentes internos** al esfuerzo, que se traduce en una intensa contracción muscular cuya energia puede desarrollar efectos lesivos de diversa importancia.

Vamos a pormenorizar su estudio clasificandolas en funcion de su frecuencia en:

...Contusiones y heridas contusas.

...Lesiones por arma blanca.

...Fracturas.

### **CONTUSIONES Y HERIDAS CONTUSAS**

Son lesiones enormemente frecuentes en la practica medico legal, tanto aisladas como unidas a otras lesiones de distinto origen. Proporciona deducciones

del mas alto nivel en las investigaciones forenses por la posibilidad de reproducir las formas del objeto contundente, mostrarnos puntos de entrada o salida de la lesión, lo que ha hecho que se diga que a veces las lesiones "hablan".

Gisbert señala que "son lesiones producidas por la acción de cuerpos duros de superficie obtusa o roma que actúan sobre el organismo por medio de una fuerza viva mas o menos considerable". Parece lógico pensar que en función de la intensidad de esas fuerzas activas o pasivas será la intensidad de la lesión.

Entre ellas vamos a analizar las mas frecuentes como son:

...Erosiones.

...Equimosis.

...Heridas contusas.

### **EROSIONES.-**

Lesiones que asientan en la superficie de la piel, generadas por un mecanismo de deslizamiento sobre la misma del objeto contundente. Si asienta solamente en la parte mas superficial de la piel(epidermis) se denominara de esta forma, siendo conocida como excoriación si es algo mas profunda y afecta a la dermis, (capa de la piel situada por debajo de la epidermis).

Su curación no entraña ningún problema, es irrelevante desde el punto de vista de la gravedad clinica, pero vital en el estudio medico legal, pues nos va aportar datos de primer orden en la investigación.

Su tiempo de curación no es superior a 7-10 días, salvo complicación en forma de infecciones sobreañadidas.

Su importancia va a venir determinada por:

...Diferente evolución vital o postmortal:

...la producida en vida: forma costra.

...la postmortal: no forma costra.

...Localización de las erosiones:

...frecuentes en zonas accesibles del cuerpo en agresiones sexuales o en agresiones físicas (cuello, boca, muñecas, antebrazos, áreas genitales o paragenitales).

...Morfología de las lesiones: a veces su forma nos informa de forma clara su origen:

...en atropellos, nos marca el arrastre en el asfalto, en estrangulación nos dejan las improntas de las uñas marcadas en el cuello o alrededores de la boca (estigmas ungueales). Es un aspecto fundamental que debe de ser de inmediato registrado fotográficamente por el medico forense, pues como ya hemos señalado la pérdida de la misma se produce en breve espacio de tiempo.

### **EQUIMOSIS.-**

Son contusiones superficiales, en donde no se afecta la piel pero produce en la misma una extravasación sanguínea que conforma una lesión con coloración típica de gran importancia en el estudio de la data de la misma. El agente vulnerante accede al cuerpo de forma perpendicular al mismo bien de forma directa o indirecta.

Según la intensidad de la extravasación o derrame sanguíneo van a ser conocidas como:

...petequias: de muy pequeño tamaño, como puntas de alfiler.

...Equimosis propiamente dichas: el clásico cardenal.

...Sugilaciones o equimosis de succión, que reproduce la forma de la boca.

...Equimoma: equimosis de mayor intensidad.

...Hematoma: se colecciona la sangre mas profundamente que en las anteriores y suele ser mas grande que los anteriores.

**Es fundamental su estudio PARA DETERMINAR LA DATA DE LAS LESIONES o la reincidencia en un maltrato.** Todo ello gracias al estudio del color que va adquiriendo. Así:

...Color rojo oscuro: equimosis reciente, de pocos momentos u horas.

...Negruzco: de 2 a 3 días.

...Azul: de 3 a 6 días.

...Verdoso: en torno a 12 días.

...Amarillo: mas de 15 días.

Entendiendo que existen muchos factores que pueden modificar esta asignación en días, por lo que habrá que completar su valoración con estudios microscópicos y químicos.

Vemos pues que en los casos de maltrato reiterado podremos encontrar equimosis o hematomas de diferente color, que nos determinara que esa persona ha sufrido lesiones en diferentes momentos o días. También nos orientara a validar o descartar, coartadas o falsas imputaciones de localización en el tiempo de lesiones. También curan en poco tiempo, mas o menos el establecido anteriormente por lo que su fotografiado es fundamental como prueba posterior o para retener una morfología concreta.

### **HERIDAS CONTUSAS**

Son lesiones producidas por la acción de instrumentos contundentes en los que además de la acción contusiva, superficial o profunda, tiene lugar una solución de continuidad en la piel (ruptura), al vencerse la elasticidad de la misma. Por lo tanto tendremos herida y contusión.

Una de sus características es que son muy irregulares, y su aspecto o forma dependerá sobremanera del agente traumático que la produzca, su forma, su ángulo de entrada, etc. reuniendo esas dos características señaladas, es decir, las de las contusiones y las de las heridas. Su evolución viene condicionada por factores como la posible infección, al existir zonas muy deterioradas y anfractuosas. En condiciones normales son lesiones que con el debido tratamiento y profilaxis deben de curar en plazos de tiempo no superiores a 10-15 días, si bien cabe la posibilidad de tiempos mayores, por una cicatrización anormal o procesos infecciosos como ya ha quedado dicho.

### **LESIONES POR ARMA BLANCA.**

Son armas blancas aquellos instrumentos lesivos manejados manualmente, que atacan la superficie corporal por un filo, una punta o ambos a la vez.

### **ETIOLOGÍA**

...HOMICIDA: muy frecuente.

...SUICIDA: en lesiones por deguello suicida o sección de venas.

...ACCIDENTAL: poco frecuente.

## CLASIFICACIÓN

Se clasifican en función del mecanismo de acción de las diferentes armas, en:

...HERIDAS POR INSTRUMENTOS PUNZANTES.

...HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTANTES.

...HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTO-PUNZANTES.

...HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTANTES Y CONTUNDENTES

\* GISBERT CALABUIG.

## HERIDAS POR INSTRUMENTOS PUNZANTES

Producidas por instrumentos de forma alargada, diametro variable, sección circular o elíptica, con punta mas o menos aguda.

...Naturales: espinas, agujones...

...artificiales: agujas, alfileres, clavos, floretes, destornilladores, flechas, lanzas, etc.

## MECANISMO DE ACCIÓN:

A modo de **CUÑA** debido a la punta que concentra la fuerza viva en una superficie concreta.

## CARACTERES DE LA LESIÓN:

...1º Orificio de ENTRADA.

...2º Trayecto.

...3º Orificio de SALIDA.

## PRONOSTICO

Depende: ...del grosor del instrumento: mas grosor mas daño

...zona de la herida

...profundidad de la lesión

...limpieza del arma

Lo agravan:

...si penetra en cavidades.

...afecte a organos vitales.

...infecciones posteriores.

### **HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTANTES**

Son las producidas por instrumentos con una hoja de poco espesor y sección triangular que obra solo por el filo. Se conocen tambien como heridas incisas.

...1º Objetos variados : laminas de metal (latas) o cristales... ...2º Autenticos objetos cortantes: cuchillos, navajas, bisturios, cuchillas de afeitar...

### **MECANISMO DE ACCIÓN:**

La acción del FILO, que actua como una cuña con una mayor actividad cuanta mayor sea la oblicuidad.

### **CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES:**

...1º.- Heridas lineales

...bordes: limpios

...angulos o extremos con colas de entrada y de salida tipicas que definen posiciones de agresores.

...paredes: limpias, sin puentes de unión.

...2º.- Heridas en colgajo: amplia sección tras una penetración oblicua en el cuerpo.

...3º.- Heridas mutilantes: que seccionan alguna parte del cuerpo.

...4º.- Heridas incisas atípicas

...rozaduras o erosiones

...heridas en puente o en zig-zag

...heridas irregulares

### EVOLUCIÓN CLINICA-PRONOSTICO : VARIABLE

...Depende del:      ...Instrumento : filo, limpieza...

...Zona de la herida : areas vitales, vasos..

...**Si sobrevive:** buen pronostico, salvo secuelas de cicatrices, retracciones, lesiones nerviosas, tendinosas, musculares...Su tiempo de curación estara en funcion del daño causado y de las complicaciones. Una herida incisa simple y limpia puede estar curada en ocho días con secuela de una cicatriz.

...**En caso de muerte,** esta se produce por: hemorragia, embolia gaseosa (las que radican en el cuello) y por complicaciones infecciosas.

### HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTO PUNZANTES

Se llaman asi a las producidas por instrumentos caracterizados por ser una lamina mas o menos estrecha terminada en punta, y recorrida por una o dos o mas aristas afiladas o cortantes.

...Una arista: monocortante

...Dos o mas: bi o pluricortantes

Ejemplo: navajas, cuchillos de punta, puñales, estiletes, etc

### MECANISMO DE ACCIÓN

Punzantes + cortantes, a traves de la punta y del filo de la hoja.

### CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES

...Orificio de ENTRADA:

...Típico:

...Hoja Plana bicortante con angulos muy pronunciados.

...Hoja Plana monocortante con una base mas amplia en la zona no cortante y un angulo muy expresivo en la zona del filo.

...Hoja gruesa monocortante, con aspecto triangular.

...Hoja pluricortante que es reproducida según la forma.

...Atípico:

...Segun instrumento y formas de producción.

...Trayecto

...Unico o múltiple: en funcion de que exista una sola penetración o un fenómeno de entrar-sacar.

...Perpendicular u oblicuo

...En fondo ciego o en canal completo

...Orificio de SALIDA

EVOLUCION CLINICA-PRONOSTICO: Similar a las punzantes.

### **HERIDAS POR INSTRUMENTOS CORTANTES Y CONTUNDENTES**

Son las que estan producidas por instrumentos con una hoja afilada, pero que ademas tienen un peso importante.

Ejemplo: Sables, hachas, azadones...

### **MECANISMO DE ACCIÓN**

Suman los efectos cortantes a la acción contusiva, siendo mas patente una u otra en función de las características del arma.

### **CARACTERISTICAS DE LA LESIÓN**

Segun ese predominio de acciones. Se impone DD con:

Heridas Incisas

Heridas contusas

## Heridas inciso-contusas

### EVOLUCION CLINICA -PRONOSTICO

GRAVE: mayor intensidad lesiva de forma general.

Mayor posibilidad de complicaciones infecciosas.

El tiempo de curación estara en función de la zona afectada y de la intensidad-gravedad generada.

### **PROBLEMAS MEDICO FORENSES EN LAS HERIDAS POR ARMA BLANCA**

...1º.- Origen Vital o Postmortal de las heridas: la respuesta en vida de los tejidos es totalmente diferente a la que se produce tras la muerte. La presencia de hemorragia en los bordes, bordes engrosados, retracción de los mismos y las peculiaridades bioquímicas nos establecen un origen vital que no se aprecia en las postmortem.

...2º.- Origen Suicida, Homicida o Accidental: fundamental valorar este hecho en el contexto de un levantamiento de cadáver, en donde se van a obtener deducciones de primer nivel para su diferenciación. No obstante, en el deguello hay características diferenciadoras clásicas como que en el homicidio el corte suele ser horizontal, uniformemente profundo, que va de izquierda a derecha, en tanto que en el suicida, comienza en el lado izquierdo superior del cuello (cerca de oreja) evolucionando de más a menos profundidad hasta el centro del cuello con carácter general. Lógicamente en un zurdo sería al contrario. Otras diferencias generales serían:

...Heridas punzantes y corto-punzantes

...Localización de las heridas: sitios accesibles o no.

...Numero de heridas: suicidio suele ser única aunque con cortes de prueba o vacilación.

...Examen de los vestidos: afectados en el homicidio, ya que el suicida suele salvarlos.

...Heridas incisivas y corto-contundentes

...Mismos criterios anteriores.

...Casos especiales:

...Deguello: ya señaladas.

...3º.- Identidad del arma.

...Clase del arma: a valorar por la morfología del orificio de entrada y el trayecto

...Anchura del arma: por orificio de entrada

...Numero de bordes: por orificio de entrada

...Longitud del arma: variable según la zona de penetración:

...Numero de armas si hay varias heridas

...4º.- Orden de las heridas: Las mortales de necesidad suelen ser con carácter general las primeras.

...5º.- Posición del agresor y de la victima: según los datos del levantamiento del cadáver y de la morfología y análisis de las heridas.

...6º.- Violencia de los golpes.

### **SIGNOS DE DEFENSA O LUCHA.-**

En todos aquellos casos de muertes violentas o de lesiones intencionales, es de vital importancia que efectuemos un estudio sistemático de la escena del crimen o de las lesiones del afectado, para valorar el orden del lugar, muebles, ropas y para evaluar lesiones defensivas o de lucha.

Es imprescindible describir estas lesiones de forma minuciosa y sistemática, tanto en su número, localización, morfología y dimensiones, ya que una correcta valoración nos va a aportar datos vitales para la reconstrucción real de los hechos tal y como se produjeron.

Las lesiones de defensa radican fundamentalmente en manos y brazos, como consecuencia de los movimientos de protección con estos elementos que una persona efectúa para esquivar o detener golpes. Las de lucha pueden aparecer en todo el cuerpo, siendo de elevado interés las heridas incisivas en palmas de las manos en el intento de apoderarse de un arma blanca.

### **FRACTURAS, LUXACIONES Y ESGUINCES.**

FRACTURAS:

Es la ruptura parcial o total de un hueso. Las lesiones de los huesos, articulaciones y musculos ocurren con frecuencia. Estas son dolorosas pero raramente mortales, ya que con el debido y rapido tratamiento el pronostico para la vida es optimo, al igual que para la función, ya que solo si ademas de esta se producen roturas arteriales podemos estar ante un peligro vital cierto. SERA EN AQUELLOS CASOS en que se practique un inadecuado tratamiento cuando las complicaciones puedan instaurarse, generando deficits funcionales de primer orden.

#### CLASES DE FRACTURAS:

...CERRADA: Es aquella en la cual el hueso se rompe y la piel permanece intacta.

...ABIERTA: Implica la presencia de una herida abierta y salida del hueso fracturado al exterior.

...MÚLTIPLE: Cuando el hueso se rompe en varias fracciones, denominadas esquirlas.

...INCOMPLETA: Fisura o un leño verde cuando la ruptura del hueso no es total.

#### LUXACIONES :

Una luxación se observa cuando un hueso se ha desplazado de su articulación. Este desplazamiento es causado, generalmente, por una fuerza violenta que desgarrar los ligamentos que mantiene los huesos en su sitio.

#### ESGUINCES :

Quando una persona FUERZA EXCESIVAMENTE una articulación, los tejidos que están bajo la piel, se distienden excesivamente. La sangre y los fluidos se filtran a través de los vasos sanguíneos desgarrados y ocasionan inflamación y dolor en el área de la lesión. Un esguince serio puede incluir una fractura o luxación de los huesos de la articulación. Las articulaciones que se lastiman con mas facilidad son las que se encuentran en el tobillo, codo, la rodilla, la muñeca, los dedos y el area cervical (muy frecuente en los accidentes de trafico por alcance).

Los tiempos medios de CURACIÓN de las fracturas, esguinces y luxaciones, es muy variable, ya que va a depender del tipo de lesión, a mayor intensidad, mayor tiempo y posibilidades de padecer secuelas o complicaciones; tratamientos instaurados en cuanto a rapidez (fundamental en traumatología) y adecuación del mismo; la presencia o no de complicaciones de tipo infeccioso o de consolidación de la fractura, etc.

Las modernas técnicas quirúrgicas actuales han permitido que mediante la aplicación de materiales de osteosíntesis (placas, tornillos, clavos, etc) la fijación y la buena evolución de las fracturas sea mucho más positiva y rápida, disminuyendo ostensiblemente los tiempos medios de curación y previniendo de forma ostensible la aparición de secuelas. Es vigente en este supuesto el señalado **criterio de estabilidad lesional, pues el lesionado en frecuentes ocasiones a pesar de no evolucionar más tras su tratamiento, va a solicitar continuar o efectuar nuevas terapias. Por ello en el momento en que tras una intervención de este tipo se agoten los tratamientos fisioterápicos precisos, habrá que dar el alta con las secuelas que correspondan en cada caso.**

### **COMPLICACIONES DE LAS LESIONES: INFECCIONES LOCALIZADAS, SEPSIS, TETANOS, GANGRENA Y RABIA. VALORACIÓN MÉDICO FORENSE CON OCASIÓN DE ESTAS COMPLICACIONES.**

Uno de los mayores problemas que ocasionan las lesiones son las infecciones. Se trata de una concausa que aparece frecuentemente en las lesiones y que en este supuesto es concomitante o posterior al hecho traumático en sí.

Las infecciones se van a clasificar en:

...Locales

...Generales (sepsis)

...Específicas: tétanos, gangrena y rabia.

#### **...1º.- INFECCIONES LOCALIZADAS:**

...A.- Infecciones cutáneas: tienen poca trascendencia, a pesar de producir:

...Abscesos: colecciones localizadas de pus.

...Flemones difusos.

...B.- Infecciones localizadas de las serosas por inoculación directa del germen por el objeto lesivo:

...peritonitis aguda

...empiema torácico (en tórax)

...Muy graves en muchos casos provocan la muerte.

## **...2º.- INFECCIONES GENERALES O SEPSIS**

De gran gravedad por presentar una cantidad microbiana muy grande, que va a comprometer la vida de una persona.

### **...ETIOPATOGENIA**

Clásicamente definida por Libermeister

...Un **foco séptico local** o foco infeccioso: absceso, forunculo, etc., producen una trombosis séptica que puede diseminarse vía hematogena y se convierte en:

...Un **foco de sepsis de primer orden**: se establece la septicemia, con presencia constante en los hemocultivos

...Un **foco séptico de segundo orden**: metástasis sépticas de primer orden y localizado en corazón y grandes vasos.

...Un **foco séptico de tercer orden**: metástasis órganos de la circulación mayor: abscesos en riñón, pulmón, bazo.

Los gérmenes que mas habitualmente la producen son: Estafilococos, Coli patógenos, Clostridium, Cándidas.

### **CLINICA**

...Fiebre en agujas ...taquicardia con hipotensión

...mal estado general ...disnea

...deshidratación ...inquietud, ansiedad, estupor.

...Coma

La invasión bacteriana de determinados órganos: endocarditis, pericarditis, meningitis, nefritis que provocan la muerte de forma tardía.

### **EXAMEN NECROPSICO**

...FOCOS SEPTICOS LOCALES

...FOCOS TROMBOEMBOLICOS

...MANIFESTACIONES PROPIAS DE CADA ORGANO

...CONGESTIÓN HEPATICA, ESPLENOMEGALIA  
(CONSTANTE).

**INFECCIONES ESPECIFICAS**

**TETANOS**

... Producido por Clostridium Tetani: bacilo anaerobio.

...Lugar en donde se encuentra: suelo y polvo: huertas, jardines y estiércol

...Origen:

...cualquier solución de continuidad (heridas) piel-mucosas.

...Lesiones anfractuadas, sucias...

...Mordeduras, heridas arma fuego, abortos

...Mecanismo de acción:

...Libera toxinas con gran afinidad por Sistema Nervioso y con vías de propagación:

...Nerviosa: vía ascendente.

...Hemática: la toxina se distribuye por uniones mioneurales del organismo.

...CLINICA

...Contracturas musculares tónicas

...Trismus: maseteros → facies sardónica

...Opistotonos: hiperextensión tronco

...Pleurotonos: contracción musculos laterales.

...Ortonos: Todos los músculos

...Epistotonos: M. Abdominales

...Convulsiones clónicas muy dolorosas

...Periférica: rigidez

...Central: convulsiones

...Disfagia: alteraciones digestivas

...Insomnio pertinaz

...Calambre

...Muerte por asfixia o por agotamiento

...DIAGNOSTICO NECROPSICO: DIFICIL

...**Examen externo:**

...Puerta de entrada: análisis biotóxica, investigación bacteriológica, cultivos, inoculación a animales receptivos.

...**Examen interno**

...Pocos datos, D. De exclusión

...Hemorragias musculares: pectorales, Recto anterior del abdomen y Psoas iliaco.

Congestión visceral general: asfixia.

... Glez Piera ha determinado que niveles superiores de 17 cetosteroides en muertos por tétanos de 30-35 mg/mil → diagnóstico positivo.

...TRATAMIENTO

...Puerta de entrada:

...Friedrich de la herida

...Antibioterapia.

...Neutralizar la toxina

...Vacuna + gammaglobulina

...Relajantes musculares

...Tratamiento sintomático

## **GANGRENA**

Infección anaerobia productora de gas, con desarrollo en los tejidos de necrosis, localizada en los espacios subaponeuroticos y con un cuadro toxemico de gran gravedad.

...**Germen causante:** Clostridium: perfringens, aedematiens, septicum o histolítico. En el suelo es muy abundante.

...**Acción:**

...De los propios bacilos

...De las toxinas

...De las noxinas: productos de la destrucción de los tejidos humanos por los fermentos.

...**Características de las heridas:**

...Gran destrucción de tejidos>>músculo

...Heridas anfractuosas

...Tejido isquémico (falta de sangre)

...Frecuencia: en atropellos, contusiones profundas, explosiones o arma de fuego.

...Otros factores: Estado paciente y virulencia germen.

...**Diagnóstico Clínico:**

...Fiebre, taquicardia y malestar general

...P. Incubación: 1-2 días

...Herida muy dolorosa, bordes lividos, color músculos "jamón dulce", fondo seco y esfacelado, a la presión sale gas, a la palpación se obtiene una crepitación gaseosa, shock.

**...Diagnostico Necropsico**

...Olor+crepitación gaseosa+estudio bacteriologico.

**...Tratamiento**

...Incisiones y antibioticoterapia (penicilina G), antitoxina y oxigeno.

**RABIA**

Enfermedad que es producida por un virus de gran afinidad neurotrópa, que tras un largo tiempo de incubación, produce una encefalitis, a menudo mortal.

...Vehículo: Perros, zorros, murciélagos, gatos, ratas...

...P.de incubación: 1-3 meses.

...Clínica:

...Síntomas locales: lugar mordedura: dolores neurálgicos intermitentes.

...Estadio o fase de excitación: agitación motora, hiperestesia cutánea y de los sentidos→espasmos musculares sobre todo en músculos respiratorios y deglutorios.

...Estadio de parálisis: con estupor o adinamia que precede a la muerte del paciente.

...Diagnostico necropsico:

...No difícil con los antecedentes.

...Puerta de entrada no existente: suele ya estar curada.

...Examen interno:

...Lesiones neurológicas: Edema cerebral, hipertermia meníngea, cerebro y medula color rojizo>> en el tálamo y medula cervical. Microscópicamente: Corpúsculos de NEGRI.

...Tratamiento:

...Vigilancia animal 10 días

...Tratamiento local herida: lavado mas Friedrich de la herida. Profilaxis antitetánica, antibioticoterapia e irrigación herida con cloruro de benzalconio.

...Vacunas:

...Pasiva: suero hiperimmune

...Activa: antirrábica

### **VALORACION MEDICO FORENSE DE ESTAS COMPLICACIONES**

**...Origen de retrasos del tiempo de curación**

**...Producción de secuelas**

**...Muerte**

**Por ello es fundamental que el m-f, efectúe claramente:**

**...1º.- Establecer la existencia de la lesión primitiva y la complicación.**

**...2º.- Excluir un estado anterior patológico o existiendo este, determinar su "cuanto de participación".**

**...3º.- Establecer nexo de causalidad entre el traumatismo inicial y la complicación, precisando su mecanismo de producción.**

**...Criterio topográfico: que haya relacion con el lugar primario de la lesion**

**...Criterio Cronológico: que se produzca tras un tiempo prudencial de la lesion.**

**...Criterio cuantitativo: que sea proporcional a la intensidad de la lesion.**

**...Criterio de continuidad sintomática: que existan síntomas puentes.**

**...Criterio de exclusión: que no exista otra causa que pueda originarla.**

**...4º.- Establecer la cronología de la evolución del cuadro y en caso de curación, establecer tiempos de curación, de impedimento para el trabajo y de hospitalización, así como del tipo de la asistencia prestada.**

**...5ª.- Análisis de la posible responsabilidad medica o del propio paciente.**

**...6º.- Valoración de las secuelas o deformidades definitivas derivadas de las complicaciones.**

**...7º.- Caso de muerte: diagnostico de la causa, diagnostico etiológico, nexo causal...**

### **EL CRITERIO DE ESTABILIDAD LESIONAL.-**

Las lesiones tienen un plazo medio de curación variable según las particularidades individuales, atención medica prestada, cuidados por parte del paciente, etc. Con frecuencia estos plazos medios se prolongan en el tiempo por razones diversas y resulta complicado efectuar el momento en que esta justificada el alta medico legal. Es mas, a veces los propios pacientes piden que se le practiquen mas reconocimientos o tratamientos cuando no existe evolución clinica durante un tiempo ni expectativas de mejora una vez que han sido agotados los medios habituales en el tratamiento de estas patologías.

En este momento el medico forense, debe de aplicar el **criterio de estabilidad lesional**, informando a la autoridad judicial de que las lesiones estan estabilizadas y que no van a experimentar mejoras algunas, por mas tratamientos que se efectúen, fijando en ese momento los tiempos de curación y de incapacidad laboral y cuantificando en su caso las secuelas que correspondan.

Es un problema de primer orden sobre todo cuando hay una intención espurea por parte del lesionado, en el sentido de prolongar el proceso curativo para obtener beneficios economicos.

### **SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN. SUS CLASES. ESTUDIO MEDICO FORENSE DE LA SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE LESIONES, ENFERMEDADES Y SECUELAS**

**Simonin**, señala que “ es un fraude consciente y razonado que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos morbidos subjetivos y objetivos, con fines interesados”

#### **Rasgos que la definen:**

...Voluntariedad consciente del fraude.

...Imitación de trastornos patológicos o sus síntomas

...Finalidad utilitaria.

**Motivación:**

...Adquirir derechos indebidos (pensiones, licencias, daños y perjuicios)

...Cobro de indemnizaciones (seguros automovil, seguro vivienda, etc

...Explotar la caridad pública: mendicidad, falsos inválidos.

...Sustraerse a una obligación legal: servicio militar, citación de la justicia, mesas electorales, jurado.

...Escapar a la represión penal o a la reclusión.

...Sustentar falsas denuncias: denuncia a policías.

...En España, acogerse a posibilidades de aborto legal.

**Clases**

Gisbert señala:

...Enfermedades provocadas.

...Enfermedad alegada

...Enfermedad imitada

...Enfermedad exagerada

...Enfermedad imputada

...Enfermedad disimulada

La DISIMULACIÓN de lesiones tiene las mismas motivaciones pero en el sentido de ocultar alguna hecho, enfermedad o lesión que pudiera suponer un problema social o laboral para una persona, embarazo, enfermedad psíquica, pérdida de custodia de hijos, no acceder a determinados empleos (marina, policías, bomberos, aviadores...), no concesión de seguros de vida, etc.

ESTUDIO MEDICO FORENSE DE LA SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN DE LESIONES TRAUMATICAS, ENFERMEDADES O SECUELAS.

...SIMULACIÓN

...1º.- AUTOSIMULACIÓN LESIONAL

- ...Heridas contusas
- ...Ulceras provocadas
- ...Falsas mordeduras
- ...Dermatosis artificiales
- ...Escaras fraudulentas
- ...Quemaduras
- ...Abscesos artificiales
- ...Flemones provocados
- ...Edema duro traumatico
- ...Edema de constricción
- ...Enfisema artificial cervico-facial
- ...Conjuntivitis
- ...Otitis: formol, aceite de croton
- ...Heridas incisas
- ...Fracturas
- ...Amputaciones

...2º.- SIMULACIÓN-EXAGERACIÓN DEL TIEMPO DE CURACIÓN.

- ...Abandono de cuidados, tratamientos

...3º.- SIMULACIÓN DE SECUELAS.

- ...Rigideces articulares

- ...Contracturas simuladas
- ...Zurdo simulado
- ...Cojera simulada
- ...Dolores simulados
- ...Neuralgias
- ...Cefaleas, vertigos, sorderas, defecto visual.

### DIAGNOSTICO MEDICO LEGAL DE LA SIMULACIÓN

- ...Encuesta social: estudio accidentes previos...
- ...Interrogatorio detallado.
- ...Examen clinico completo y riguroso.
- ...Sindrome subjetivo postconmocional
- ...Estudio psicologico-psiquiatrico

### DISIMULACIÓN DE LESIONES TRAUMATICAS

- ...Desaparición de huellas criminales: Despedazamiento

### MALTRATOS. DIAGNOSTICO MEDICO. MALTRATO INFANTIL, MALTRATO DE MUJERES Y DE ANCIANOS. SUS DIFERENCIAS.

Al niño se le concibe incluido en su núcleo familiar, del que se derivan de forma natural y espontanea las atenciones afectivas y materiales que él necesita para su normal desarrollo. Sin embargo este núcleo se vuelve hostil hacia el niño, teniendo como consecuencia el abandono, el maltrato físico y psíquico, la agresión sexual y hasta la muerte.

Estamos ante un problema, aunque lo parezca, no de hoy, sino de todos los tiempos y que afecta a todos los países del mundo y por supuesto a Honduras y a España en donde las estadísticas no son capaces de establecer con fiabilidad datos sobre malos tratos reiterados, ya que continua por un defecto formativo evidente levantándose un muro de silencio en torno a estos hechos, que adquieren caracteres de ocultismo absurdo y casi absoluto en los abusos sexuales dentro de la familia, en el incesto.

Es un hecho contrastado que los abusos sexuales son uno mas de las formas de malos tratos inferidos a la infancia y por ello debemos de analizarlos dentro de este amplio grupo de actos de difícil comprensión que el ser humano de forma reiterada a lo largo de los siglos viene efectuando contra otros seres humanos, curiosamente los más indefensos.

La historia, a veces negligentemente olvidada nos recuerda la utilización de jóvenes para satisfacer los apetitos sexuales en la antigua grecia, los sacrificios de niñas y niños de las civilizaciones precolombinas, los derechos de los señores feudales en la edad media; los derechos de los jefes o patriarcas a golpear a los miembros más jóvenes de las tribus; hechos que tienen hoy un equivalente terriblemente traumático en costumbres, por ejemplo, tan arraigadas en algunas partes del mundo como la ABLACIÓN DEL CLITORIS.

Desgraciadamente continúan existiendo razonamientos culturales y religiosos que justifican, con demasiada ligereza que el tratamiento dado a la infancia no es abusivo y dañino. Es en este contexto en el que las fuerzas de seguridad y sobre todo el Ministerio Público y los Médicos Forenses debemos movernos, combatiendo activamente estas actitudes y colaborando en la prevención, temprana detección y tratamiento comprensivo de los niños víctimas de malos tratos.

En mi primer caso de homicidio un niño de dos años, murió como consecuencia de reiterados malos tratos, detectamos 130 hematomas repartidos por todo el cuerpo, con rotura de asa intestinal por patada con intestino lleno. Llamó fuertemente la atención, la actitud de la madre comprensiva con el autor, su compañero. Por ello, es imprescindible analizar los malos tratos desde una perspectiva sensibilizadora y concienciadora de la gran importancia que tenemos los miembros de la administración de justicia en su control y erradicación.

### **SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO**

El concepto de malos tratos ha ido cambiando a medida que las diferentes convenciones sobre el niño han ido reconociendo sus derechos en el presente siglo, hecho que ha corrido paralelo a la mayor concienciación de la comunidad medica en él diagnostico y denuncia de estos casos.

Esto se va a concretar en la creación en los años 50-60 de un cuadro llamado SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO que respondía "al conjunto de lesiones diversas, múltiples y de frecuente observación por pediatras, médicos de familia, forenses... que deben de hacerles sospechar de agresiones procedentes de un ambiente inadecuado". Persona clave en la concienciación de las sociedades occidentales fue el Dr. KEMPE en el año 1961 tras denunciar esta trágica costumbre después de haber observado en la sala de urgencias del hospital de Colorado, en un solo día, cuatro niños brutalmente golpeados, de los que tres murieron por contusiones en la cabeza. Tras esta denuncia, se llevaron a cabo estudios en el ámbito internacional que, un año mas tarde culminaron en la descripción por primera vez del Síndrome del niño maltratado.

## **PSICOLOGIA EVOLUTIVA Y MALTRATO INFANTIL.**

La Psicología Evolutiva intenta esclarecer el proceso de cambio de la vida humana desde el nacimiento. El estudio de este desarrollo permite **prever y orientar**. Para descubrir cómo cambia el niño o niña deben estudiarse sus diferentes etapas evolutivas.

Debe tenerse presente, al acercarnos al niño o niña, que la estructura de la personalidad no es una suma de características, es una red en la que se relacionan todos los factores que la integran. Por lo tanto, los atrasos o problemas de un área repercuten sobre todo el conjunto de la personalidad.

Esta visión globalizadora de la Psicología Evolutiva exige la defensa de la **LIBERTAD Y RESPETO** del niño o la niña. Estos(as) son los protagonistas de su propia existencia y la Psicología Evolutiva intenta esclarecer la realidad del niño o niña y la razones de sus actos. Ayudará a los padres a comprender a sus hijos (as) a no asustarse por no entender lo que sucede. Para entenderles el adulto o adulta debe saber aceptar que el niño o niña no es un hombre o mujer pequeña si no un ser distinto.

Para realizar su tarea de manera positiva la familia cuenta con dos poderosos instrumentos: **EL AFECTO Y EL ESTÍMULO**.

Es necesario enfatizar que un trasfondo afectivo rodea al desarrollo infantil y la base de cualquier conflicto. Si la naturaleza de ese trasfondo es tormentoso, como en el caso del maltrato infantil, el niño o niña avanzará con problemas y tropezones.

Por todo ello tanto los padres como personal involucrado en el proceso de tratar niños y niñas debe reflexionar y adquirir conocimientos sobre los procesos Psicológicos que estos atraviesan. Los factores como la afectividad y la estimulación están al alcance de toda persona independientemente de su profesión, nivel social y económico.

La función más importante de la familia es la de brindar afecto, protección y cubrir las necesidades básicas de los niños y niñas que la conforman.

**NI PALABRAS QUE HIEREN,  
NI GOLPES QUE DUELEN...  
BRINDEMOS AFECTO, ATENCIÓN, ESTIMULO Y LIMITES.**

# Maltrato Infantil

La sociedad observa con preocupación el aumento de la violencia común en América Latina, fenómeno del que no escapa Honduras, Nuestra intención para intervenir nos ha llevado a trabajar en una de sus formas: la violencia doméstica.

**Como en la mayoría de los países, en Honduras siempre ha existido la violencia doméstica, aunque de una manera casi invisible. Gracias a la labor de organizaciones feministas, esta forma de violencia ha salido a la luz pública. Solo en los últimos años el maltrato infantil comienza a asomar a la rendija de los hogares en lágrimas y añoranzas.**

Las investigaciones demuestran que la violencia intrafamiliar reflejada en actitudes de agresión contra la mujer generalmente va acompañada de maltrato y abuso contra los y las menores.

Según la investigación "Diagnóstico sobre Maltrato Infantil en Honduras en 1994" de Arcadia Banegas y Dora Castillo, en Honduras se manifiestan los diferentes tipos de maltrato, pero adquieren mayor importancia la agresión contra las y los menores trabajadores, la niña y el niño explotado, el abuso sexual, el maltrato físico y el problema de niños y niñas desaparecidas.

Algunos datos que se manejan son: el alto porcentaje de maltrato físico (33%) no es sorprendente en una sociedad donde el golpe está legitimado como medio de corrección y disciplina para los niños y niñas. Para otros estudiosos, es posible que en Honduras sea violentado sexualmente un niño o niña cada día. Asimismo, los expertos aseguran que un menor agredido tiene posibilidades casi absolutas de ser él o ella, a su vez, un agresor en su vida adulta.

El maltrato infantil no es nada nuevo. Se remonta a los orígenes de la historia de la humanidad. Lo triste es ver que hoy, en los inicios del tercer milenio, el problema aún persiste y se agrava. Se ha logrado, sin embargo, elevar a los menores a la categoría de humanos con derechos y deberes, y se comienza a reformar leyes que les atañen, sobre todo para aquellos que están siendo explotados, abusados y maltratados.

## I. EL MENOR AGREDIDO

### Introducción:

Imaginémonos por un instante lo difícil y horrorizante que es para un menor el ser pateado, golpeado, quemado o tirado a través de una habitación por una figura «paterna» que está furiosa y fuera de control, y de la cual el menor espera cariño y protección. O el ser usado sexualmente como instrumento de placer por personas en las que el menor confía y cree.

¿En quién puede confiar, si aquellos que me deben proteger me maltratan y engañan? ¿Dónde sentiré seguridad y apoyo?

Esta es la cruel realidad a la que se ven sometidos muchísimos de nuestros niños. La agresión al menor es un hecho del cual adquirimos cada día mayor conciencia, en el cual los operadores de justicia juegan un papel de suma importancia.

La multicausalidad del problema requiere de un manejo multidisciplinario para poder complementar los estudios de estos casos. Así, es importante trabajar en equipo con médicos, enfermeras, psicólogos (as), trabajadoras sociales, fiscales, forenses, jueces y policías.

Muchos profesionales no quieren involucrarse en el manejo de estos casos, ya que producen gran ansiedad y estrés por múltiples razones:

- a. A nadie le gusta ver sufrir a un niño o niña.
- b. Nuestro entrenamiento en el tema es deficiente.
- c. Tememos involucrarnos en las cortes.
- d. Hay muy poca satisfacción personal ya que estos casos son muy difíciles de probar.
- e. Al involucrarnos nos enfrentamos con un sistema que muchas veces es algo menos que útil y cooperador.

Por todo esto es necesario trabajar en equipo para disminuir la ansiedad y frustración.

Al compartirla con otros profesionales, la labor será más llevadera.

### **Definición de Violencia, agresión y abuso**

Se considera agresión contra el menor cuando es objeto de cualquier conducta hostil, rechazante o destructiva que perjudica al niño o niña en forma física, mental, emocional y/o sexual. Agresión contra el menor es también infringir sus derechos, amenazando su pleno desarrollo en el proceso de convertirse en un adulto física y mentalmente sano.

Abuso es cuando el menor es víctima de algún tipo de agresión de parte de un adulto que por su calidad posee una posición de poder con respecto al menor. El abuso puede provenir de otro menor que por la diferencia de edad u otro motivo tiene posición de poder y control sobre el menor agredido.

## **Tipos de Agresión**

### **1. Agresión Física**

El abuso físico ocurre cuando una persona que está en una relación de con un menor le inflige daño no accidental, provocando lesiones internas, externas o ambas. El castigo crónico no severo también constituye abuso.

Por castigo crónico no severo se entiende todo uso de fuerza física contra el menor cuyo perjuicio no se deriva del grado de intensidad sino de la frecuencia con que ocurre.

Las principales lesiones que nos vamos a encontrar en un niño víctima de malos tratos, son múltiples y afectan a todo el cuerpo, las vamos a sistematizar en:

#### **...1º.- LESIONES CUTANEO MUCOSAS:**

...Equimosis y los hematomas: todo el cuerpo, sobre todo en la cabeza, diferentes formas y dimensiones y diferentes estadios evolutivos, por producirse en diferentes momentos.

...Heridas: Todo tipo.

...Quemaduras: reproducen la forma del objeto que las produjo: radiador, cigarrillo, plancha...

A veces infectadas...

#### **...2º.- LESIONES ESQUELETICAS:**

...Fracturas de la cabeza: fractura de cráneo con hematoma subdural, fractura de huesos propios.

...Fracturas de las extremidades: se aprecian fracturas múltiples en diferentes estados evolutivos.

...Fracturas de costillas.

#### **...3º.-LESIONES VISCERALES:**

...Hematomas en encéfalo: convulsiones, trastornos neurológicos, trastornos de conciencia...

...Lesiones abdominales: Roturas hígado, bazo, intestino...

...Lesiones genitales: vulvovaginitis, erosiones por tocamientos, desgarros del himen y/o periné, pederastia con desgarros anales.

...4º.- OTRAS: Intoxicaciones por tranquilizantes, analgésicos, drogas, etc.

## 2. Agresión Sexual

El abuso sexual es todo acto en el que una persona en una relación de poder involucra a un menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. Incluye abusos deshonestos, exhibicionismo, acoso sexual exposición o participación en pornografía, prostitución, sexo oral, sodomía, penetración genital o anal con un objeto, violación e incesto.

## 3. Agresión Emocional

El abuso emocional es toda acción u omisión que daña la autoestima o el desarrollo de una menor. Incluye los insultos constantes, el no reconocer aciertos, ridiculizar, rechazar, manipular, explotar, comparar, tener expectativas irreales, etc.

## 4. Agresión pasiva y/o abandono

La agresión pasiva y/o el abandono, también llamado descuido, incluye acciones u omisiones de los padres o guardianes. Ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo el cuidado y la crianza de un menor no satisfacen sus necesidades básicas teniendo la posibilidad de hacerlo. Este abuso priva al menor de protección, alimentación, cuidados higiénicos, vestimenta, educación, atención médica, supervisión, o le deje en total estado de abandono.

## 5. Incesto

Es todo abuso sexual de un menor en el que exista una relación de parentesco entre la víctima y el ofensor. Se entiende por parentesco la relación que existe entre miembros de familia producto de un vínculo por consanguinidad o afinidad.

### Formas de Agresión

1. Aguda ( un episodio único)
2. Crónica (episodios repetitivos)

### Signos y síntomas de maltrato

Veamos los siguientes cuadros:

1. **Abuso Físico:** Implica lesiones físicas infringidas a un menor en forma no accidental. En el 90% de los casos los agresores son los padres o guardianes quienes agreden físicamente al menor.- Veamos el siguiente cuadro:

INDICADORES FISICOS	INDICADORES DE COMPORTAMIENTO	DINAMICA FAMILIAR
❖ Golpes, quemaduras, laceraciones, abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estado de Pánico</li> <li>➤ Angustia</li> <li>➤ Retraído, aislado</li> <li>➤ Poco contacto visual</li> <li>➤ Pasivo, inmóvil, poco comunicativo</li> <li>➤ Se asusta fácilmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ocultan las lesiones</li> <li>➤ Dan explicaciones que no concuerdan con las lesiones.</li> <li>➤ Falta a la escuela</li> <li>➤ No parecen preocupados por el menor</li> </ul>
❖ Fractura sin explicación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Da varias versiones del hecho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Describen al menor como: malo, diferente a los demás.</li> </ul>
❖ Hematomas en varios estados de evolución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puede negar lo sucedido o acusar a otros, o culparse a si mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Creen en disciplina severa</li> </ul>
❖ Quemaduras que asemejen artefactos eléctricos, cigarros	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Repite el cuento traumático en sus juegos</li> <li>➤ Trastornos del sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tienen expectativas irreales del menor</li> </ul>
❖ Marcas de patrones regulares como: dientes, manos, cinturón, cordón eléctrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Problemas de aprendizaje</li> <li>➤ Problemas de lenguaje</li> <li>➤ Propenso a accidentes</li> <li>➤ Conductas provocativas agresivas</li> <li>➤ Busca ser castigado, rechazado</li> <li>➤ Pobre autoestima</li> <li>➤ Teme a cuidadores</li> <li>➤ Bajo rendimiento escolar</li> <li>➤ Agresivo, violento</li> <li>➤ Habla casi sin afecto de lo que pasó, a veces sonríe.</li> <li>➤ Pobre relación con otros niños y adultos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abuso de Alcohol y drogas en cuidadores</li> <li>➤ Madre adolescente</li> <li>➤ Padres víctimas de abuso cuando niños</li> <li>➤ Violencia familiar</li> <li>➤ Problemas de pareja</li> <li>➤ Problemas económicos</li> <li>➤ Enfermedades mentales en cuidadores.</li> </ul>

2. **Abuso Emocional:** Implica un daño psicológico infligido en el y la menor, al tratarlo de una forma que lo rechaza, rebaja, degrada, ignora o amenaza con abandono, destruyendo su integridad y autoestima emocional.- Veamos el siguiente cuadro.

INDICADORES FISICOS	INDICADORES DE COMPORTAMIENTO	DINAMICA FAMILIAR
☉ Falla para progresar	☉ Estado de Pánico	☉ Expectativas irreales
☉ Obesidad	☉ Angustia	☉ Lo rechazan
☉ Afecciones de la piel,	☉ Problemas de aprendizaje	☉ Lo humillan

asma, alergias	☉ Agresivo	☉ Lo ignoran
☉ Problemas de lenguaje	☉ Hiperactivo	☉ Lo amenazan con castigarlo o abandono.
☉ Ulceras digestivas	☉ Destructivo	☉ Lo describen como malo, diferente a los demás.
☉ Enuresis (falta de control de orina)	☉ Autodestructivo	☉ Violencia familiar
☉ Encopresis ( falta de control de heces fecales)	☉ Trastornos de sueño	☉ Problemas maritales
	☉ Pobre autoestima	
	☉ Deprimido	
	☉ Apático	
	☉ Tendencias suicidas.	

**3. Agresión Pasiva:**

El menor es víctima de la omisión de los deberes paternos y la negligencia de algunas de sus necesidades básicas, como por ejemplo: supervisión adecuada, alimentación, cuidados médicos, afecto y educación. El abandono del menor es la máxima expresión de agresión pasiva...

Veamos el siguiente cuadro.

<b>INDICADORES FISICOS</b>	<b>INDICADORES DE COMPORTAMIENTO</b>	<b><i>DINAMICA FAMILIAR</i></b>
☆ Falla para progresar	☆ Sumiso	☆ La familia es apática con el menor, no se preocupa por sus necesidades.
☆ Desnutrición	☆ Complaciente	☆ Padres deprimidos
☆ Obesidad	☆ Callado	☆ No buscan atención para el menor
☆ Carencia de ropa adecuada con recursos económicos	☆ Tiene "hambre de afecto"	☆ Hacinamiento
☆ Problemas físicos o médicos sin atención	☆ Busca atención	☆ Abuso de alcohol y drogas en padres
☆ Fatiga	☆ Apático	☆ Violencia en el hogar
☆ Repetidas ingestas de sustancias tóxicas	☆ Poca tolerancia a la frustración	☆ Pobre higiene familiar
☆ Parasitosis	☆ Hiperactivo	
	☆ Deprimido	
	☆ Agresivo	
	☆ Asume más responsabilidades de las que les corresponden	

☆ Escabiosis	☆ Ausencias escolares	☆ Esperan que el menor sea como un adulto que los cuide
☆ Sin vacunas	☆ Pide o roba comida	☆ Víctimas de abandono en su infancia
☆ Pobre Higiene general y oral	☆ Pobre autoestima	
☆ Retardo en el desarrollo psicomotor.	☆ Relaciones superficiales	

#### 4. Abuso Sexual:

<b>INDICADORES FISICOS</b>	<b>INDICADORES DE COMPORTAMIENTO</b>	<b><i>DINAMICA FAMILIAR</i></b>
❖ Ropa interior rota, manchada o con sangre	❖ Introverso	❖ La familia es posesiva y celosa de la víctima
❖ Presenta en área genitales o anales: picazón, dolor, edema	❖ Callado	❖ Se le niegan al menor contacto sociales normales
❖ Lesiones o sangrado infecciones urinarias a repetición	❖ Pobre rendimiento escolar	❖ Posible agresor "muy atento" con la víctima
❖ Dolor al orinar	❖ Temeroso	❖ Historia de abuso sexual en los padres
❖ Enfermedades de transmisión sexual	❖ Se siente culpable	❖ Abuso de alcohol y drogas en la familia
❖ Embarazo	❖ Temer ser rechazado si cuenta	❖ Familia aislada socialmente
❖ Esfínter rectal dilatado	❖ Pobre relación con los padres	❖ Pobres relaciones de pareja
❖ Fisuras	❖ Comportamiento sexual inapropiado	❖ Acusan y rechazan al menor cuando cuenta
❖ Himen con ruptura o dilatado	❖ Intentos suicidas	❖ Lo pueden amenazar para que no hable
❖ Secreción vaginal	❖ Promiscuidad	❖ Cree que el contacto sexual es disfrutado por el menor
❖ Hematomas en glúteos, área vulvar o muslos	❖ Trastornos del sueño	
	❖ Deprimido	
	❖ Juegos sexuales con compañeros de su edad	
	❖ Masturbación compulsiva	
	❖ seductor	

Es cualquier forma de contacto sexual entre un adulto y un o una menor, en donde el adulto busca satisfacer sus deseos sexuales. También se considera abuso sexual el contacto entre dos menores de edad en donde uno de ellos por la diferencia de edad o por algún otro motivo tiene una posición de poder y control sobre el otro niño.

El abuso sexual puede tomar diversas formas. Las más importantes son:

- a. Exhibicionismo: aquí el adulto le enseña desnudez al menor, mostrándole sus genitales, nalgas o senos.
- b. Corrupción: el adulto enseña material pornográfico al menor (revistas o películas) y lo estimula sexualmente a través de estos materiales, o induce a que éste se involucre en actividades sexuales inadecuadas para su edad.
- c. Caricias y toqueteos; es aquel contacto físico entre un adulto y un menor en donde el adulto toca los órganos genitales, nalgas, ano o senos del menor y/o besa de manera sensual en la boca y otras partes del cuerpo.
- d. Sexo oral: se da sexo cuando el adulto establece entre la boca suya y los genitales del menor o entre la boca del niño y los genitales del adulto.
- e. Violación: cuando se produce la penetración del pene ya sea en la vagina de la niña o en el ano del niño.
- f. Incesto: cuando existe abuso sexual entre un adulto u un menor que son parientes por consanguinidad (padres, hermanos, tíos, abuelos, primos), o con cualquier otro adulto que posee autoridad parental o del cual el menor depende, o donde hay un vínculo afectivo muy fuerte entre ambos, como en el caso de un padrastro, los tíos políticos, etc.

### **Aclaración:**

Es importante dejar en claro que estas definiciones son apropiadas para el manejo médico Psicosocial de estos casos. Sin embargo, no son adecuados para efectos de tipo legal, que requieren de otras categorías.

### **Obligación de Reportar los casos**

Asimismo, la convención de los Derechos del Niño, en sus artículos 19,24(3), 27(1) 39, establece lo siguiente: El estado se compromete a brindar atención de salud al menor, a luchar contra el maltrato y cualquier trato que perjudique el desarrollo del menor. Específicamente, el IX derecho de menor dice: «El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de maltrato. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral»

**VIOLENCIA Y MENORES**

**Resultados de un estudio efectuado en España con personas víctimas de algún tipo de maltrato, con especial referencia al abuso sexual.**

**ABUSO SEXUAL**

**ESCENARIO**

Calle, jardines o campo	30%
Casa del agresor	18%
Lugares de hacinamiento	15%
Casa propia	12%
Entorno de la casa	9%
Colegio	4%
Coche	4%
Internado	1%
Otros lugares	6%

**RELACION CON AGRESOR**

Desconocido	42%
Conocido	33%
Amigo familia	8%
Otros Familiares	5%
Religiosos	5%
Tío/a	3%
Abuelo/a	1%
Hermano/a	1%
Padre biológico	1%
Padre adoptivo	1%
Educador	1%
Madre biológica	0%
Madre adoptiva	0%
NS/NC	0%

**EDADES VICTIMAS POR SEXOS**

EDADES	VARON	MUJER
4- 5 AÑOS	2%	4%
6- 7 AÑOS	7%	12%
8- 9 AÑOS	15%	16%
10-11 AÑOS	11%	16%
12-13 AÑOS	26%	25%
14-15 AÑOS	28%	16%
16 AÑOS	10%	10%

**TIPOS DE ABUSO SEXUAL MENORES**

**CONDUCTAS SIN CONTACTO**

Proposiciones de actividad sexual	33%
Exhibicionismo	33%

**CONDUCTAS CON CONTACTO**

<b>Caricias por debajo cintura</b>	<b>58%</b>	
<b>Caricias por encima cintura</b>	<b>50%</b>	
<b>Masturbación</b>		<b>12%</b>
<b>Sexo oral</b>		<b>10%</b>
<b>Intento coito anal</b>	<b>5%</b>	
<b>Coito anal</b>		<b>3%</b>
<b>Intento de coito vaginal</b>	<b>0%</b>	

### **SENTIMIENTOS A CORTO PLAZO VICTIMA**

<b>Desconfianza</b>	<b>70%</b>
<b>Asco</b>	<b>63%</b>
<b>Miedo</b>	<b>59%</b>
<b>Hostilidad al agresor</b>	<b>56%</b>
<b>Vergüenza</b>	<b>49%</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>40%</b>
<b>Marginación</b>	<b>21%</b>
<b>Agrado, satisfacción</b>	<b>17%</b>
<b>Culpa</b>	<b>17%</b>
<b>Hostilidad a familia</b>	<b>9%</b>

### **PROBLEMAS A LARGO PLAZO DE LA VICTIMA**

<b>Ansiedad y angustia</b>	<b>46%</b>
<b>Problemas sexuales</b>	<b>35%</b>
<b>Fracaso escolar</b>	<b>24%</b>
<b>Ingestión de drogas</b>	<b>23%</b>
<b>Embarazo no deseado</b>	<b>22%</b>
<b>Depresión</b>	<b>19%</b>
<b>Huida de casa</b>	<b>17%</b>
<b>Hostilidad otro sexo</b>	<b>17%</b>
<b>ETS</b>	<b>10%</b>

**Fuente: Abuso sexual en España, un problema desconocido.**

### **COMO PODEMOS RECONOCER LOS MALOS TRATOS**

\_Existen unos grupos fundamentales de profesionales que deben de estar especialmente sensibilizados con los malos tratos, como: pediatras, médicos generales, ginecólogos, profesores y policías, ya que ellos van a ser los primeros que van a recibir las noticias de estos malos tratos o bien van a detectarlos en una consulta médica rutinaria. Por ello es fundamental concienciarles de su fundamental papel en el diagnóstico y prevención de los malos tratos.

Los CRITERIOS CLASICOS DE **SIMONIN** para su diagnostico continúan vigentes en la actualidad, por ello es necesario recordarlos:

... que existan lesiones múltiples

... que existan lesiones variadas:

...hematomas

...heridas

...quemaduras

...fracturas...

...Que coexistan lesiones de diferente tiempo de producción.

...Que se manifiesten los criterios inespecificos de malos tratos y abusos sexuales ya señalados.

Una vez confirmada la sospecha de malos tratos, con información medica complementaria si es posible, formular la correspondiente denuncia en aquellos casos en que la detección sea por algunos de estos profesionales, en tanto que los médicos forenses deberemos de informar ampliamente sobre este diagnostico, evaluando y valorando adecuadamente los diferentes mecanismos de producción y la data.

### **MALTRATO AL ANCIANO:**

En si mismo no existen diferencias grandes en cuanto a las lesiones físicas, para lo que es vigente lo dicho en el caso de menores y de mujeres. No obstante si es muy marcado el maltrato psicológico, ya que además de que el anciano va desarrollando un cuadro de descenso de autoestima por su propia situación de inactividad, se une el desapego familiar que vivencian de una forma importante y la situación de inservibilidad que sienten. La soledad en la tercera edad, es un elemento suicida de primer orden, alimentada por la actitud de olvido de sus propios familiares. Es por ello importante que ademas de la omisión de cuidados valorable en este tipo de personas, evaluemos su situación psíquica, ya que con frecuencia encontraremos cuadros depresivos y tendencias autolíticas.

### **EL INFORME PERICIAL. SU ELABORACIÓN. RENDICIÓN DEL PERITAJE. EL INTERROGATORIO DEL PERITO EN EL JUICIO ORAL.**

Con el nombre de peritación medico legal, o prueba pericial médica, se conocen todas aquellas actuaciones periciales médicas mediante las cuales se asesora la administración de Justicia sobre algún punto de naturaleza medica o biológica. Es la manifestación mas genuina de la Medicina Legal y a su través desarrolla su

función el perito medico legal (Gisbert Calabuig).

La actuación de los diferentes peritos, entre los cuales el mas cualificado que interviene en el procedimiento judicial es el médico forense, se va a concretar en el conocido como **informe pericial**. Así en diferentes leyes procesales penales, como la española se especifica de forma clara que " el juez acordara el informe pericial cuando para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos".

Por otra parte la actuación del médico forense como perito cualificado y la emisión de sus informes periciales viene reiteradamente recogida en la Ley de Enjuiciamiento Criminal Española y en el recientemente aprobado Código Procesal Penal de Honduras.

El profesor Gisbert en su tratado de Medicina Legal y Toxicología, señala entre los elementos de la buena prueba pericial medica, los correspondientes al perito.

**Así, como requisitos del buen perito se encuentran:**

- Que posea conocimientos jurídicos que le permitan captar el sentido de las misiones encomendadas, asi como a saber donde estan los limites de su peritación. Palmieri decia que los peritos deben de acostumbrarse a "repensar con sentido jurídico".
- Que tenga una formación básica medica, tanto teórica como práctica.
- Que este en posesión de unas condiciones naturales, que le marcan con un impulso vocacional y le hacen apto para la función pericial, como:
  - Objetividad
  - Reflexión y sentido común
  - Juicio para jerarquizar los hechos
  - Prudencia
  - Imparcialidad
  - Veracidad

El profesor Mata, el padre de la Medicina Forense en España, añadía a estas las siguientes: diligencia, entereza, moderación, franqueza, consideración, inclinación al bien y dignidad profesional. En la modestia de este consultor, y dando por hechas estas características descritas y que deben de estar en la esencia de las

personas, el buen perito, por lo tanto el buen médico forense debe de reunir tres requisitos que sintetizan su actuación: honradez, decisión y prudencia.

Simonin en su tratado de Medicina legal y en relación a las cualidades que no deben de adornar al buen perito señala las siguientes:

...El orgullo que ciega.

...La ignorancia que no hace dudar.

...La deshonestidad que envilece y degrada.

### **Objetivos de la Prueba pericial.-**

El objetivo fundamental de la prueba pericial es el facilitar al Juez, al Ministerio Público y a las partes litigantes, una información amplia, objetiva, rigurosa y fiable acerca de los hechos ocurridos y que permita emitir una resolución justa sustentada en la verdad científica. Pero es importante que a sabiendas de lo vital que resulta y lo decisiva que es a la hora de emitir una resolución, tengamos en cuenta que la prueba pericial no es vinculante para el Juez y que este debe de apreciarla según las reglas de la sana crítica en relación con el contexto del asunto a resolver y también a sabiendas que el perito es un auxiliar del Juez, tal y como queda suficientemente recogido en las leyes y en la jurisprudencia.

En la realización de esta prueba pericial, Locard unía la inducción y la deducción. Inducción que permite formular principios generales en los que se apoya la Medicina Forense para resolver sus problemas. Deducción que permite aplicar los principios generales a las observaciones de cada caso particular. Observación que es uno de las principales métodos que debe de utilizar el medico forense para realizar cualquier actuación profesional. El profesor Gisbert dice que la observación " no es recoger al azar lo que solicitan nuestros sentidos, sino proceder ordenadamente con arreglo a un plan, que permita llevarla a cabo de forma atenta, precisa, minuciosa, pronta, imparcial y directa.

- Es atenta cuando es bastante para sostener la atención voluntaria hasta haber logrado el fin perseguido.
- Es precisa cuando cada una de las comprobaciones se efectua con todo el detalle posible, tendiendo a su conocimiento cuantitativo, que es el precisamente científico.
- Es pronta, para evitar que desaparezcan huellas o datos observables en el primer momento, pero de efímera conservación.
- La imparcialidad de la observación sin supeditarla a prejuicios.

- Es minuciosa si no descuida punto alguno, para lo cual se precisa:
  - Un conocimiento perfecto de la técnica y sus posibilidades. Bertillon decía "solo se ve lo que se mira y solo se mira lo que se tiene en mente".
  - Una concienzuda paciencia para no descuidar ningún detalle, ya que el mas pequeño puede ser sólida base para el descubrimiento de la verdad.

Todos los hechos recogidos en la observación deben de elaborarse intelectualmente para formular una posterior hipótesis que debe de ser comprobada en todos sus extremos hasta que es transformada en resultado de la prueba pericial y emitida como conclusiones en el correspondiente informe medico forense.

**Descartes en su discurso del Método, estableció las cuatro reglas fundamentales de la investigación:**

- No admitir jamas como verdad lo que no aparezca con toda seguridad como tal, evitando asi tanto la precipitación como la prevención.
- Dividir las dificultades en tantas partes como sea posible, a fin d resolverlas mejor.
- Dirigir ordenadamente las indagaciones empezando por los hechos mas simples y claros, para alcanzar gradualmente los mas complejos y oscuros.
- Enumerar los hechos sin artificiosas eliminaciones y no conformarse jamás con soluciones que no lo expliquen todo.

### **ELABORACIÓN DEL INFORME PERICIAL.-**

En la práctica forense para llegar a cristalizar en un documento médico legal la actividad pericial desarrollada, con los presupuestos señalados, deberemos:

- Realizar un **estudio de los autos o diligencias instruidas**: es fundamental conocer todos y cada uno de los datos que se tengan de la instrucción para emitir un informe médico forense, bien sean médicos, psicológicos, jurídicos o policiales. Todos ellos van a aportar datos sobre la situación de una persona y las posibles motivaciones delictuales.
- Realizar un **completo estudio clínico de la, o las personas**. Una completa revisión clínica, que incluya las modernas pruebas de radiodiagnóstico en el caso de lesionados, completa autopsia con los

estudios complementarios en el laboratorio en el caso de autopsias, utilización de test y estudios neurológicos en caso de alteraciones mentales, determinación clínica y analítica de consumos de drogas o alcohol en esos supuestos...

- Realizar un **estudio exhaustivo del acto delictivo**: es un elemento esencial en la resolución de casos judiciales, que de forma sistemática se estudie para establecer los nexos causales con las patologías provocadas en el sujeto o como causa generadora de delitos. Establecer los principios de causalidad es uno de los grandes objetivos de la prueba pericial médica. Esto si cabe, adquiere una mayor trascendencia en la emisión de informes periciales médicos psiquiátricos, en donde la enfermedad mental es la "responsable" de la realización de un acto criminal y el médico forense deberá, efectuar el diagnóstico de dicha enfermedad, establecer las esferas psíquicas afectadas según el criterio mixto o psicobiológico de la imputabilidad y poner todo esto en relación con el acto cometido.

Con base en lo dicho se redactará **el informe pericial** médico forense o bien se rendirá oralmente en forma de **declaración, cuya unica diferencia** estribará en que la declaración al efectuarse previo juramento no requerirá una explicación de las conclusiones establecidas por los informantes. El formato del informe se estructurará en:

**...1º.-Introducción:** que constara de tres partes:

- Encabezamiento: en donde se haran constar el nombre y apellidos de los peritos, sus títulos académicos.
- Antecedentes: Que comprende la referencia a la autoridad que ha encargado el informe pericial, incluyendo textualmente el contenido de la resolución que acuerda la prueba. Se hara constar tambien la fecha de inicio y de finalización, asi como el lugar donde se ha llevado a cabo el examen.
- Fuentes informativas: se explicaran relacionadas las fuentes utilizadas para efectuar el estudio, tales como el estudio del sumario, informes de otros médicos, escritos del propio paciente, etc.

**...2º.- Parte expositiva:** Comprende la relación detallada de todos los datos que han servido para la conclusión del diagnóstico médico a que se llegue:

- Anamnesis: en donde se citan tanto los antecedentes familiares como personales del paciente, indicándose las fuentes de donde se han obtenido ( paciente, padres, etc)

- Datos del examen o exploración: Se refiere a la marcha de la exploración física, psíquica o de la autopsia, explicando en todo caso las técnicas utilizadas en cada caso y los hallazgos concretos.
- Medios complementarios utilizados: como pueden ser las pruebas diagnosticas efectuadas, complementarias en la autopsia (histopatológicas, toxicas, etc) o neurofisiológicas en los pacientes con trastornos mentales, etc.

**...3º.- Valoración pericial:** Constituye la parte del informe en que se construye con base a lo estudiado en los apartados anteriores, una explicación razonada científicamente sobre todos los aspectos que rodean a la prueba pericial, como por ejemplo se explican las causas de muerte y sus circunstancias de una persona hallada en su vivienda; el diagnostico de una enfermedad mental y las razones que motivaron a cometer un homicidio, relacionando la enfermedad mental con la brutalidad de la agresión, el porque se establece un orden sucesivo de las heridas mortales de un fallecido, los elementos que nos delimitan que unas lesiones son vitales o postmortem, es decir reunir todos los datos obtenidos, razonarlos científicamente y exponer unas conclusiones rigurosas y fiables. Esta valoración debe de ser emitida en un lenguaje claro, ya que va a ser leída por personas legas en la materia, como son jueces, fiscales y abogados, que no van a entender el lenguaje tan complejo que utilizamos los médicos. Ya decíamos que los buenos peritos deben de repensar jurídicamente sus informes, y aquí es donde esa afirmación es más exigible, ya que como peritos judiciales debemos acercar a estos profesionales el contenido de nuestros informes, huyendo de artificiosos términos, siempre compatible con el rigor científico.

**...4º.- Conclusiones:** resumen la opinión del perito, que este ha obtenido de las fases anteriores. Estas deben de ser emitidas de forma clara, concisa y concreta, emitiendo una conclusión por afirmación, con tantas como sean necesarias, y respondiendo a las preguntas que se le hayan efectuado por la autoridad judicial o el Ministerio Público. Es la parte más importante del informe y serán recogidas posteriormente como tales en los escritos fiscales y judiciales.

Este informe una vez realizado debe de ser entregado a la autoridad judicial, la cual puede exigir una ratificación del mismo a su presencia, y en donde pueden efectuarse aclaraciones al mismo, suscitadas por las partes litigantes.

### **EL INTERROGATORIO DEL PERITO EN EL JUICIO ORAL.-**

Es una parte importantísima de la actuación de los peritos, ya que estos deben de evacuar el contenido del informe, sus valoraciones y conclusiones en el acto del juicio oral, sometándose a las preguntas de las partes en litigio, del Ministerio

Público y la autoridad judicial necesarias para resolver todos aquellos aspectos que puedan no haber quedado claros en el informe o incluso simplemente para ratificar el informe.

La estructura formal es similar, en el sentido de jurar o prometer desempeñar fielmente el cargo y dejar constancia de la titulación o del cargo que ocupa y que le faculta para realizar la prueba pericial.

Deberá responder bajo los principios de honestidad, objetividad y rigor científico a las preguntas que se le efectúen por las partes, contestando con un lenguaje lo mas adaptado posible a personas que no son médicos y por lo tanto desconocen la terminología. Mas si cabe es importante esta actitud si el juicio es ante un tribunal lego, como es el jurado, en el que existe un total desconocimiento de las "formas" médicas y jurídicas, utilizando un lenguaje que responda fielmente a lo que científicamente queremos decir pero comprensible. Será en este sentido interesante utilizar imágenes, croquis, fotografías que nos servirán de soporte para explicar lo hallado y deducido.

Las respuestas deben de incluir todos aquellos aspectos que hayan sido preguntados por las partes, de forma concreta y con la sucinta explicación que sea necesaria, siendo las principales funciones a desarrollar las siguientes:

- Exponer las conclusiones de la peritación o relatar su intervención en determinadas circunstancias.
- Responder a las preguntas en relación al estudio o la practica realizada.
- Aclarar y fundamentar científicamente la intervención con motivo de su tarea profesional.

Ahora bien, es necesario señalar que el perito medico en el interrogatorio del juicio oral va a pasar por situaciones de stress emocional ligadas a la situación de "exámen" que va a vivenciar y a la contradicción a que puede ser sometido junto a otros peritos e informes. Es también importante que el perito sepa que puede ser sometido a desacreditaciones a nivel personal y profesional, con el objetivo de que su informe quede en entredicho ante el tribunal y el jurado y obtener asi una mejor posición para cada parte en litigio. También genera situaciones de tensión intrapsiquica en el perito el hecho de que para los Jueces e intervinientes en el proceso judicial, la Medicina debe de tener respuesta para todo y en esa creencia se trabaja en el juicio oral, con preguntas a las que el perito debe de responder sin que realmente se tengan científicamente las respuestas, preguntas también efectuadas intencionalmente con el fin de debilitar la posición del médico forense. Ante esto el perito debe de contestar con convicción y sin dudar un momento, "que la ciencia médica en este momento no puede dar respuesta a esa pregunta", tantas veces como sea necesario y siempre que sea la respuesta adecuada a la pregunta

efectuada. Los peritos médicos no somos superhombres con capacidad enciclopédica, sino personas con límites que nunca debemos de rebasar en una peritación y que debemos de reconocer sin reparo alguno, pues en ello va mucho del éxito de nuestra actuación y la emisión de una resolución justa.

Otras de las situaciones que va a vivenciar el perito, es la sensación de que emite un informe diferente según quien le escuche. Ocurre habitualmente que habiendo emitido el informe con una línea precisa, los turnos de preguntas le hacen sentirse confundido, utilizado, desconcentrado, enredado en su propia pericia... Esto es algo que debe de afrontar el médico y que debe de tener en cuenta siempre que emita un informe en un juicio oral. Su dictamen va a ser tan importante que se recurrirá a cualquier argucia para menoscabarlo o tergiversarlo. La experiencia en juicios va a compensar sobradamente esta situación y en este caso el médico forense controlará debidamente el interrogatorio subrayando incluso que "...Ha interpretado mal mi consideración..." ..."no ha entendido lo que he dicho o intenta confundir"..., siguiendo la línea marcada en su pericial y sabiendo centrar siempre los aspectos de la misma, no dejando que las malas artes de las partes distorsionen su contenido o la propia reputación del perito.

## BIBLIOGRAFÍA.-

1. MIGUEL ANGEL ALTES MARTÍ. Las medidas de seguridad privativas de libertad. Regulación legal y modalidades de aplicación en relación con los sujetos. Curso sobre peligrosidad criminal y medidas de seguridad.
2. GISBERT CALABUIG. MANUAL DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE. SALVAT.
3. MANUEL CHECA GONZALEZ. Peligrosidad criminal; presupuestos para su apreciación: aspectos medico legales. Centro de estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
4. CARRASCO GOMEZ JJ Y MAZA MARTÍN JM. Psiquiatría Legal y Forense. La ley- actualidad.1996.
5. CASTAÑO LOPEZ-MESAS. PSICOLOGÍA Y ORIENTACIÓN VOCACIONAL. MAROVA
6. CASTAÑO LOPEZ MESAS. CUERPO FACULTATIVO DE SANIDAD PENITENCIARIA. PONS-SEMPO
7. GARRIDO GUZMÁN L. TRATAMIENTO PENITENCIARIO DE LA ENAJENACIÓN MENTAL. EN DELGADO BUENO. PSIQUIATRIA LEGAL Y FORENSE. COLEX.
8. Busutil A, Jones JSP. Deaths in Major Disasters. The Pathologist`s Role. The Royal College of Pathologist. 1980

COLABORACION DE D. LUIS VALLEJO SUAZO (AGRESIONES SEXUALES)  
Y ROSA EMILIA DE CARIAS ( MALTRATO)